

---

# **BACHELORARBEIT**

---

Frau  
**Annika Steiner**

**Gesundheitssport im Verein-  
Wie sinnvoll sind Rehasport-  
abteilungen am Beispiel einer  
Diabetessportgruppe**

**2014**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Gesundheitssport im Verein- Wie sinnvoll sind Rehasport- abteilungen am Beispiel einer Diabetessportgruppe**

Autorin:  
**Frau Annika Steiner**

Studiengang:  
**Gesundheitsmanagement**

Seminargruppe:  
**GM11wP1-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller**

Zweitprüfer:  
**Dr. med. Arthur Grünerbel**

Einreichung:  
München, 24.06.2014

# **BACHELOR THESIS**

---

## **Preventive sports in association- benefits of rehabilitation sports at club shown by a dia- betes sports group**

author:

**Ms. Annika Steiner**

course of studies:

**Health Management**

seminar group:

**GM11wP1-B**

first examiner:

**Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller**

second examiner:

**Dr. med. Arthur Grünerbel**

submission:

**München, 24.06.2014**

---

## **Bibliografische Angaben**

Steiner, Annika

Gesundheitssport im Verein-Wie sinnvoll sind Rehasportabteilungen am Beispiel einer Diabetessportgruppe

Preventive sports in association- benefits of rehabilitation sports at club shown by a diabetes sports group

52 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

## **Abstract**

Seit einigen Jahren bieten immer mehr Sportvereine in Deutschland Rehabilitations-sport an. Ein Grund dafür ist, dass die Anzahl an Erkrankungen in Deutschland, die mit Bewegung therapiert und vermieden werden können, zugenommen hat. Ob diese Rehabewegungsangebote innerhalb der Sportvereine jedoch einen Nutzen für Teil-nehmer, Vereine sowie das Gesundheitssystem insgesamt darstellen wurde zunächst anhand einer Befragung einer Diabetessportgruppe des TSV Solln dargestellt. Die dar-aus gewonnenen Erkenntnisse wurden später auf das gesamte Gesundheits- sowie Vereinswesen übertragen. Als Ergebnis wurde deutlich, dass vor allem ein hoher ge-sundheitlicher und sozialer Gewinn für die betroffenen Teilnehmer als auch positive Aspekte in finanzieller Hinsicht für das Gesundheitssystem entstehen. Zudem bietet der Rehasport den Vereinen durch die Gewinnung einer neuen Zielgruppe die Mög-lichkeit zur Mitgliedergewinnung. Jedoch fallen auch negative Aspekte, wie zu wenig Qualitätskontrollen und zu komplizierte Anerkennungsverfahren auf. Hier besteht noch Verbesserungspotential.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Hinführung zur Thematik .....	1
1.2 Fragestellung .....	2
1.3 Vorgehensweise .....	2
<b>2 Diabetes mellitus.....</b>	<b>3</b>
2.1 Klassifikation .....	3
2.1.1 Typ-1-Diabetes .....	4
2.1.2 Typ-2-Diabetes .....	5
2.1.3 Andere Typen .....	6
2.1.4 Gestationsdiabetes .....	6
2.2 Epidemiologische Betrachtung von Diabetes .....	6
2.2.1 Diabeteshäufigkeit .....	7
2.2.2 Diabetesverteilung .....	7
2.3 Therapieformen bei Diabetes .....	8
2.3.1 Diät .....	9
2.3.2 Medikamentös.....	9
2.3.3 Körperliche Aktivität .....	11
2.3.4 Schulung und Selbstkontrolle .....	12
2.3.5 Transplantation .....	12
2.4 Kosten von Diabetes .....	13
2.5 Folgeerkrankungen .....	13
<b>3 Diabetes und Sport .....</b>	<b>15</b>
3.1.1 Sport und Typ 1 Diabetes .....	15
3.1.2 Sport und Typ 2 .....	16
<b>4 Gesundheitssport .....</b>	<b>18</b>
4.1 Entwicklung des Gesundheitssports.....	19
4.1.1 Entwicklung des Sports allgemein.....	19
4.1.2 Entwicklung Gesundheitssport im Verein .....	20
4.2 Ziele des Gesundheitssports .....	22

---

4.3	Abgrenzung des Rehasports gegenüber dem Gesundheitssport.....	26
<b>5</b>	<b>Vereinswesen in Deutschland.....</b>	<b>28</b>
5.1	Organisationsstruktur des DOSB .....	28
5.2	Ausbildungswesen .....	29
<b>6</b>	<b>Gesundheits- und Rehasport im Verein .....</b>	<b>31</b>
6.1	Anerkennung des Gesundheits- und Rehasports .....	31
6.1.1	Gesundheitssport.....	32
6.1.2	Rehasport .....	34
<b>7</b>	<b>Befragung .....</b>	<b>37</b>
7.1	Vorstellung Rehasportabteilung des TSV Solln München e.V. ....	37
7.2	Auswertung der Befragung.....	38
7.2.1	Auswertung der Teilnehmerbefragung .....	38
7.2.2	Auswertung der Übungsleiterbefragung .....	40
7.2.3	Auswertung der Vereinsvertreterbefragung.....	41
7.2.4	Zusammenfassung .....	41
<b>8</b>	<b>Übertragung der Ergebnisse auf den gesamten Rehasport.....</b>	<b>43</b>
8.1	Betroffene Teilnehmer.....	43
8.2	Verein .....	44
8.3	Gesundheitssystem, Krankenkassen .....	49
<b>9</b>	<b>Schluss .....</b>	<b>51</b>
9.1	Fazit .....	51
9.2	Handlungsempfehlungen .....	51
9.3	Ausblick .....	52
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>X</b>
	<b>Anlagen.....</b>	<b>XV</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>XXVI</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

ADA	American Diabetes Association
BVS	Behinderten- und Versehrten Sportverband
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DSB	Deutscher Sportbund
DTB	Deutscher Turnerbund
GSK	Gesetzliche Krankenkasse
ÜE	Übungseinheiten
WHO	World Health Organization

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung von Diabetes mellitus nach Alter und Bildungsgruppe.....	8
Abbildung 2: Modell der Qualitäten von Gesundheitssport .....	26
Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen .....	45



---

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation des Diabetes mellitus .....	4
---	---

# 1 Einleitung

Das Vereinsleben gehört bei mir seit meiner Kindheit zu einem festen Bestandteil des Lebens, da ich selbst seit über 20 Jahren Mitglied in einem Sportverein bin und dort seit einiger Zeit auch die Funktion der Jugendleitung der Schwimmabteilung übernommen habe. Auch das Interesse für gesundheitliche Themen begleitet mich schon lange, weshalb auch die Studienfachentscheidung auf das Gesundheitsmanagement- mit den Schwerpunkten Prävention, Sport und Bewegung fiel. Aus diesen beiden Hintergründen heraus entwickelte sich bei mir auch das Interesse die Gesundheitswirkung von Sportvereinen einmal näher zu untersuchen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in folgender Arbeit ausschließlich die männliche Form wie Teilnehmer, Patient, Arzt oder Übungsleiter verwendet, es sind jedoch in gleicher Weise auch immer Teilnehmerinnen, Patientinnen, Ärztinnen und Übungsleiterinnen mit eingeschlossen.

## 1.1 Hinführung zur Thematik

In den letzten Jahren ist die Wirkung von Sport bei verschiedenen Krankheiten immer mehr in den Fokus der Wissenschaft gerückt. Eine der Krankheiten, die dabei besonders betrachtet wird, ist der Diabetes, da er weit verbreitet ist. So wurde das Jahr 2014 von der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Hummel zum Jahr des Diabetes ernannt. Dies verdeutlicht welche große Rolle diese Krankheit dieser Tage in der Deutschen Gesellschaft aber auch in der Gesundheitspolitik spielt. Diabetes stellt für Millionen von Bürgern in Deutschland aber auch für das Gesundheitssystem und dessen Ressourcen eine erhebliche Belastung dar. Die Gesundheitsministerin ruft in diesem Zusammenhang alle Menschen auf sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen. Eine dieser Maßnahme ist Bewegung sowohl als Prävention als auch zur Behandlung.

Diese Möglichkeit bieten immer mehr Sportvereine im Rahmen von Gesundheits- und Rehasportangeboten an. Sportvereine haben in Deutschland eine lange Tradition, haben aber erkannt, dass insgesamt ein Wandel in der Bevölkerung stattfindet und viel mehr Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht. So hat sich auch das Ziel der Vereine zum Teil dahingehend gewandelt, dass die Gesundheit im Mittelpunkt steht.

## 1.2 Fragestellung

Daraus ergibt sich die Frage ob Rehasportabteilungen, die im Rahmen von Gesundheitssport im Verein angeboten werden einen Nutzen für die verschiedenen Beteiligten, wie die Teilnehmer an sich, die Sportvereine aber auch das gesamte Gesundheitssystem und vor allem den Krankenkassen darstellen. Dieses soll zum einen allgemein aber vor allem auch an Hand des Beispiels einer Diabetessportgruppe des TSV München Solln dargestellt werden.

## 1.3 Vorgehensweise

Um auf die Notwendigkeit der Rehasportabteilungen und im speziellen auf die der Diabetessportgruppen einzugehen, soll zunächst einmal das Krankheitsbild des Diabetes erläutert werden und der Zusammenhang zwischen Diabetes und Sport dargestellt werden. Im Weiteren wird auf die Entwicklung und später auf die derzeitige Situation des Gesundheits- und Rehasports in Deutschland eingegangen und ein kurzer Überblick über die Vereinsstrukturen gegeben. Diese Informationen legen die Grundlage für die darauf folgende Diskussion ob Gesundheitssport und im speziellen Rehasport als Angebot im Vereinswesen einen Nutzen mit sich bringt. Dieses wird zum einen anhand von bestehenden Daten dargestellt als auch aus Erfahrungsberichten von Vereinsverantwortlichen, sowie der Leiterin der Diabetessportgruppe des TSV Solln. Außerdem fließen in diesen Teil meine eigenen Erfahrungen im Vereinswesen ein. Am Ende der Arbeit werden die einzelnen Argumente gegeneinander abgewogen und sie endet mit einem Fazit sowie Empfehlungen und einem Ausblick für die Zukunft.

## 2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die umgangssprachlich auch Zuckerkrankheit genannt wird. Das entscheidende Merkmal für Diabetes mellitus in jeglicher Form ist das Auftreten einer Hyperglykämie, also ein erhöhter Blutzuckerspiegel. Dieser liegt vor wenn der Nüchtern-glucosegehalt im Blut über 110 mg/dl liegt bzw. der Glucosegehalt zwei Stunden nach einer Mahlzeit bei über 140 mg/dl liegt. Ein gesunder Organismus kann diese zu hohen Glucosewerte im Blut normalerweise durch die im Pankreas produzierten Hormone Insulin und Glukagon verhindern. Insulin ist dafür zuständig die durch die Nahrung aufgenommene Glucose in das Zellinnere zu transportieren wo sie dann bei der Glycolyse zur Energiegewinnung verbraucht wird. Außerdem bewirkt Insulin auch die Speicherung von Glucose in Form von Glycogen in den Muskelzellen und der Leber. Das in der Leber gespeicherte Glycogen kann vom Körper bei Bedarf wieder in Glucose umgewandelt werden wodurch die Blutglukosekonzentration bei einem nicht an Diabetes erkrankten Menschen immer zwischen 60 und 180 mg/dl bzw. 4,5 und 6,7 mmol/l liegt.<sup>1</sup> Ursache für die Hyperglykämie bei Diabetes ist immer eine mangelnde Insulinwirkung. Diese kann entweder durch ein Insulindefizit oder durch die verminderte Wirksamkeit des Hormons herbeigeführt werden. Je nachdem welche Ursache dem Insulindefizit zu Grunde liegt spricht man von verschiedenen Diabetestypen.<sup>2</sup>

### 2.1 Klassifikation

Zunächst ein Mal ist Diabetes mellitus der Sammelbegriff für einen chronisch erhöhten Blutglukosespiegel. Die neuste Klassifikation von Diabetes mellitus wurde 1997 von der amerikanischen Diabetesgesellschaft (ADA) vorgeschlagen und in Zusammenarbeit mit der World Health Organization (WHO) entwickelte sich daraus eine Klassifikation, die versucht den Diabetes mellitus nach seinen verschiedenen Ursachen und nicht länger nach den Behandlungsmethoden einzuteilen. Dabei unterscheidet die ADA in vier unterschiedliche Gruppen des Diabetes. (Vgl. Tab. 1)<sup>3</sup>

#### Klassifikation des Diabetes mellitus

I. Diabetes mellitus Typ 1 (b-Zellzerstörung, die zum absoluten Insulinmangel führt)
a) <i>Immunvermittelt</i> b) <i>Idiopathisch</i>
II. Diabetes mellitus Typ 2 (reicht vom Vorwiegen der Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis zum

<sup>1</sup> Vgl. Starke, 2000, S. 3

<sup>2</sup> Vgl. Pfeiffer, 2004, S.13

<sup>3</sup> Vgl. Pfeiffer, 2004, S. 13

Vorwiegen des Sekretionsdefizits mit Insulinresistenz)	
III. Andere Diabetestypen mit bekannten Ursachen	
<p>A. <i>Genetische Defekte der b-Zellfunktion</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chromosom 12, HNF-1a (MODY3)</li> <li>2. Chromosom 7, Glukokinase (MODY2)</li> <li>3. Chromosom 20, HNF-4a (MODY1)</li> <li>4. Mitochondriale DNA (MIDD, Maternally Inherited Diabetes and Deafness)</li> <li>5. Andere Defekte</li> </ol> <p>B. <i>Genetische Defekte der Insulinwirkung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insulinresistenz Typ A</li> <li>2. Leprechaunismus</li> <li>3. Rabson-Mendenhall-Syndrom</li> <li>4. Lipatrophischer Diabetes</li> <li>5. Andere Defekte</li> </ol> <p>C. <i>Erkrankungen des exokrinen Pankreas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pankreatitis</li> <li>2. Trauma/Pankreatektomie</li> <li>3. Neoplasmen,</li> <li>4. Zystische Fibrose,</li> <li>5. Hämochromatose,</li> <li>6. Fibrokalzifizierende Pankreatitis,</li> <li>7. Andere Erkrankungen</li> </ol> <p>D. <i>Endokrinopathien</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akromegalie</li> <li>2. Cushing-Syndrom</li> <li>3. Glukagonom,</li> <li>4. Phäochromozytom</li> <li>5. Hyperthyreose</li> <li>6. Somatostatinom,</li> <li>7. Aldosteronom (primärer Hyperaldosteronismus)</li> <li>8. Andere Erkrankungen</li> </ol>	<p>E. <i>Medikamentös-toxisch induziert</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vacor (Rattengift)</li> <li>2. Pentamidin</li> <li>3. Nikotinsäure,</li> <li>4. Glukokortikoide</li> <li>5. Schilddrüsenhormone</li> <li>6. Diazoxid,</li> <li>7. b-adrenerge Agonisten</li> <li>8. Thiazid-Diuretika,</li> <li>9. Dilantin</li> <li>10. α-Interferon</li> <li>11. Andere Ursachen</li> </ol> <p>F. <i>Infektionen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kongenitale Röteln</li> <li>2. Zytomegalievirus</li> <li>3. Andere Infektionen</li> </ol> <p>G. <i>Seltene, immunologisch bedingte Formen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Stiff-man“-Syndrom</li> <li>2. Anti-Insulin-Rezeptor-Antikörper</li> <li>3. Andere Formen</li> </ol> <p>H. <i>Andere, manchmal mit Diabetes assoziierte Syndrome</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Down-Syndrom</li> <li>2. Klinefelter-Syndrom</li> <li>3. Turner-Syndrom</li> <li>4. Wolfram-Syndrom</li> <li>5. Friedreichsche Ataxie</li> <li>6. Chorea Huntington</li> <li>7. Lawrence-Moon-Biedel-Syndrom</li> <li>8. Dystrophia myotonica</li> <li>9. Porphyrrie</li> <li>10. Prader-Willi-Labhart-Syndrom</li> <li>11. Andere Syndrome</li> </ol>
IV. Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)	

Tabelle 1: Klassifikation des Diabetes mellitus<sup>4</sup>

## MEDIZIN

## 2.1.1 Typ-1-Diabetes

Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung. Der Insulinmangel wird hier durch eine Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen der Langerhans-Inseln herbeigeführt. Diese Zerstörung der Zellen wird durch eine chronische Entzündung der Langerhans-Inseln im Pankreas verursacht, die oft schon in den ersten Lebensjahren auftritt. Ursache für die Entzündung sind neben den bewiesenen genetischen Faktoren, die jedoch

<sup>4</sup> In Anlehnung an Werner, 1998, S. 57

eine untergeordnete Rolle spielen, wahrscheinlich auch verschiedene Umweltfaktoren die auf die Erkrankten einwirken. So stehen Virusinfekte und diätische Eiweiße wie Milcheiweiß oder Gluten unter Verdacht die Entzündungen zu begünstigen.<sup>5</sup> Symptome bei Diabetes Typ 1 sind Polyurie (Überschreitung der altersüblichen Urinmenge am Tag), Polydipsie (gesteigertes Durstgefühl), Ketoazidose (Stoffwechselentgleisung) und Gewichtsverlust. Meist tritt der Diabetes Typ 1 abrupt bei jüngeren Menschen auf, kann jedoch auch erst im höheren Alter manifest werden. Der Insulinmangel kann über die gestörte Glucosetoleranz einen übermäßig erhöhten Nüchternblutglukosewert oder aufgrund einer abrupt einsetzenden ketoazidotischen Stoffwechselentgleisung bis hin zum Bewusstseinsverlust festgestellt werden.<sup>6</sup> Da beim Typ-1-Diabetes das Hormon Insulin nicht mehr vom Körper selbst produziert werden kann muss es diesem lebenslang zugeführt werden.

### 2.1.2 Typ-2-Diabetes

90% der in Deutschland lebenden Diabetiker sind an Diabetes Typ-2 erkrankt.<sup>7</sup> Im Gegensatz zu Diabetes Typ 1, der vermehrt bei Kindern und jungen Erwachsenen auftritt, erkranken am Typ-2-Diabetes eher ältere Menschen, so fallen 80-90% der Diabetes Typ 2 Erkrankungen auf erwachsene Patienten. Ein weiterer Unterschied ist, dass beim Diabetes Typ 2 die Genetik eine erheblich größere Rolle spielt als beim Typ-1-Diabetes. Jedoch reicht die Erbanlage alleine meist nicht als Entstehungsursache aus, weitere Risikofaktoren für Diabetes sind Übergewicht und Bewegungsmangel, sowie eine falsche Ernährung. Bei Diabetes Typ zwei ist die Ursache für den Anstieg des Blutzuckerspiegels die zunehmende Insulinresistenz der Zellen. Im Pankreas wird zwar noch ausreichend Insulin produziert, dieses kann aber von den Zellen nicht mehr verarbeitet werden wodurch der Blutzuckerspiegel erhöht bleibt. Diabetes-Typ-2 wird meist zufällig diagnostiziert, da eine deutlich schleichendere Entwicklung als beim Typ-1-Diabetes vorliegt. Diabetes Typ 2 geht oft einher mit dem metabolischen Syndrom. Dieses beschreibt das gemeinsame Auftreten von verschiedenen Krankheitsbildern und Risikofaktoren. Dazu zählt zum einen der Diabetes Typ 2 bzw. eine gestörte Glucoseintoleranz, Adipositas (Fettleibigkeit), Hypertonie (Bluthochdruck) und Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung).<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Vgl. Kolb, 2000, S. 247

<sup>6</sup> Vgl. Pfohl/Behre, 2004, S. 63

<sup>7</sup> Vgl. Berger/ Trautner, 2000, S. 18

<sup>8</sup> Vgl. Hauner, 2004, S. 125

### 2.1.3 Andere Typen

Auf die speziellen Formen des Diabetes soll in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, da sie nur einen kleinen Teil der Diabeteserkrankungen in Deutschland ausmachen. Welche verschiedenen Formen des Diabetes mellitus mit bekannter Ursache es gibt kann in Tabelle 1 abgelesen werden.

### 2.1.4 Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung bei Frauen während einer Schwangerschaft. Als Gestationsdiabetes oder auch Schwangerschaftsdiabetes wird eine Glucosetoleranzstörung bezeichnet, die erstmals während der Schwangerschaft auftritt bzw. diagnostiziert wird. Beim Gestationsdiabetes wird nicht unterschieden ob die gestörte Glucosetoleranz schon vor der Schwangerschaft vorlag und unerkannt geblieben ist oder erst durch die metabolischen Veränderungen während der Schwangerschaft hervorgerufen wird. Welche Form vorliegt lässt sich oft erst aufgrund des Verlaufs nach der Schwangerschaft beurteilen. Man kann jedoch davon ausgehen, dass bei erhöhten Nüchternblutzuckerwerten bereits vor der 24 Schwangerschaftswoche ein bis dahin unerkannter Diabetes vorliegt. Nur 4% der an Gestationsdiabetes erkrankten Frauen bleiben auch nach der Entbindung insulinpflichtig und sind somit dem Typ 1 Diabetes zuzuordnen, die Mehrheit der Schwangeren die während der Schwangerschaft an einem Insulinmangel litten, weisen bereits kurz nach der Entbindung wieder ein normales Blutzuckertagesprofil auf.<sup>9</sup> Dennoch steigt die Wahrscheinlichkeit an Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 zu erkranken nach Erkrankung an Gestationsdiabetes stark an.

## 2.2 Epidemiologische Betrachtung von Diabetes

Diabetes ist eine der meist verbreiteten chronischen Krankheiten weltweit und wird laut Prognosen auch in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen. Für den späteren Vergleich der verschiedenen Sportangebote auf Notwendigkeit und Nützlichkeit hin ist vor allem die Altersstruktur der an Diabetes erkrankten Personen interessant, aber auch die verschiedenen sozialen Schichten und deren Diabeteshäufigkeit. Außerdem wird hier kurz auf die Folgeerkrankungen von Diabetes eingegangen.

---

<sup>9</sup> Vgl. Kimmerle/ Abholz, 2000, S. 719

### 2.2.1 Diabeteshäufigkeit

382 Millionen Menschen sind weltweit an Diabetes erkrankt, laut Prognosen wird diese Zahl bis zum Jahr 2035 auf 592 Millionen Patienten mit Diabeteserkrankungen ansteigen. In den letzten 30 Jahren hat sich die Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen weltweit etwa verdoppelt. Im Jahr 2013 konnte man 5,1 Millionen Todesfälle auf Diabetes und seine Folgeerkrankungen zurückführen.<sup>10</sup>

In Deutschland wurde in einer Erhebung in den Jahren von 2008 bis 2011 im Durchschnitt bei ca. 7,3% der Bevölkerung zwischen 18- und 79- Jährigen im Laufe des Lebens Diabetes diagnostiziert. Betrachtet man die verschiedenen Diabetestypen lässt sich feststellen, dass nur ca. 1,1% der gesamten Diabeteserkrankungen bei Menschen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland auf Typ-1-Diabetes fallen. Gestationsdiabetes hingegen nimmt bei Frauen, die an Diabetes erkrankt sind, 16,3% der Gesamtprävalenz ein.<sup>11</sup>

Betrachtet man die Altersstruktur der an Diabetes erkrankten Menschen in Deutschland so stellt man fest, dass die Krankheitshäufigkeit der Diabeteserkrankungen mit dem Alter zunimmt. So liegt bei unter 50jährigen die Erkrankungsrate bei unter 5% in der Altersklasse von 70- bis 79jährigen sind hingegen, unabhängig vom Geschlecht, 22% der deutschen Bevölkerung an Diabetes erkrankt.<sup>12</sup>

Bei all diesen Zahlen ist jedoch zusätzlich noch mit einer hohen Dunkelziffer an Menschen zu rechnen die zwar an Diabetes leiden, bei denen er jedoch noch nicht diagnostiziert wurde.

### 2.2.2 Diabetesverteilung

Die Verteilung von Diabetes kann man zum einen geschlechtsspezifisch betrachten zum anderen abhängig vom Lebensalter und auch dem Bildungsniveau der an Diabetes erkrankten Personen. (Vgl. Abb. 1)

Insgesamt sind in Deutschland mehr Frauen als Männer an Diabetes erkrankt (Frauen 7,4%, Männer: 7,0%). Außerdem lässt sich sagen, dass die meisten Menschen die an Diabetes leiden, 50 Jahre und älter sind. Jedoch verändert sich auch diese Zahl durch die veränderten Lebensbedingungen in den Industrieländern dahingehend, dass auch immer mehr jüngere Menschen an Diabetes in Folge von Übergewicht oder Bewe-

---

10 Heidemann/ Du/Schubert/ Rathmann/ Scheidt-Nave, 2013, S.668

11 Heidemann/ Du/Schubert/ Rathmann/ Scheidt-Nave, 2013, S.670

12 Heidemann/ Du/Schubert/ Rathmann/ Scheidt-Nave, 2013, S.670



gungsmangel erkranken<sup>13</sup>. Auch lässt sich feststellen, dass die Diabeteshäufigkeit auch abhängig von dem Bildungsniveau ist. So nehmen Frauen über 60 mit niedrigem Bildungsstand eine der größten Gruppen bei den Diabeteserkrankungen ein. (Vgl. Abb. 1)

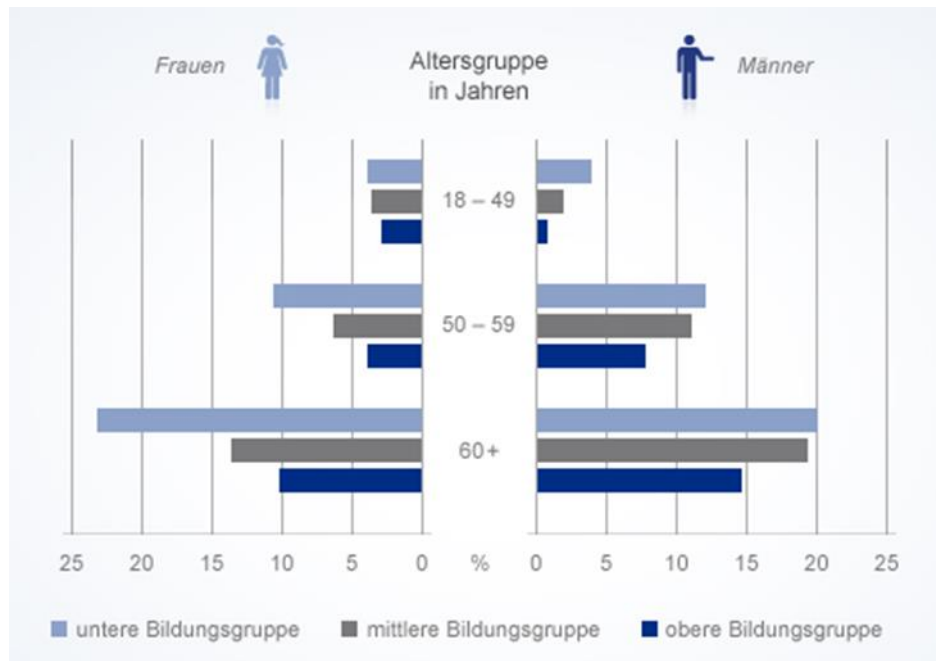


Abbildung 1: Verbreitung von Diabetes mellitus - Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung, aufgeschlüsselt nach Bildungsstatus<sup>14</sup>

## 2.3 Therapieformen bei Diabetes

Diabetes mellitus wird über den Nachweis der chronischen Hyperglykämie diagnostiziert. Je nachdem wie stark die Insulinresistenz ausgeprägt ist gibt es verschiedene Therapie- und Behandlungsformen um Diabetes zu behandeln und somit die Hyperglykämie zu vermeiden sowie den Patienten vor Folgeerkrankungen zu schützen.

<sup>13</sup> Köster/ Ferber/ Hauner, 2005, S.

<sup>14</sup> Robert Koch Institut, [www.rki.de](http://www.rki.de), Zugriff v. 22.06.2014

### 2.3.1 Diät

Die Diät kann bei Typ-1-Diabetes sowie Typ-2-Diabetes angewendet werden. Dabei muss man unterscheiden, dass bei Typ-1-Diabetikern die Diät bzw. Ernährungsumstellung eine sekundäre Therapieform ist, bei Typ-2-Diabetikern hingegen eine der primären Therapieformen.

Vor allem in den ersten Jahren nach der Diagnose von Typ-2-Diabetes bei einem Patienten ist die Ernährungsumstellung eine gute Möglichkeit den Diabetes erfolgreich zu behandeln. Hierbei muss man jedoch noch einmal zwischen zwei verschiedenen Arten von an Diabetes erkrankten Patienten unterscheiden. Zum einen den übergewichtigen Diabetiker und zum anderen den normalgewichtigen, schlanken Diabetiker. Diese Differenzierung ist bedeutungsvoll, da Übergewicht als Manifestationsfaktor gilt und eine Gewichtsabnahme auch zur Abnahme des Glukoseindex führt. Durch die Reduktion von Körperfett kann die Insulinresistenz herabgesetzt werden, sodass durch den gesenkten Insulinbedarf die eingeschränkte Insulinproduktion des Körpers zu einer Senkung der Hyperglykämie führen kann oder sogar komplett für die Glukosehomöostase ausreicht.<sup>15</sup> Bei normalgewichtigen Diabetikern ist nicht auf eine Gewichtsabnahme hinzuarbeiten, sondern die Ernährung so anzupassen, dass Kohlenhydrate, die zu einem Anstieg der Glukosekonzentration im Blut führen, auf mehrere kleine Portionen über den Tag verteilt zu sich genommen werden, so dass sie von der noch zur Verfügung stehenden Insulinsekretion metabolisiert werden können. Zusätzlich sollte bei den Kohlenhydraten auf einen möglichst geringen glykämischen Index der Lebensmittel geachtet werden. Wenn durch die Ernährungstherapie allein kein Behandlungserfolg erzielt werden kann, muss auf Medikamente zurückgegriffen werden, in diesem Fall wird die Diät zur sekundären Therapie.<sup>16</sup>

Im Gegensatz zu der Ernährungsumstellung beim Typ-2-Diabetiker, spielt bei einem Typ-1-Diabetiker die Ernährungsumstellung keine so wirkungsvolle Rolle bei der Behandlung. Jedoch sollte der Patient berücksichtigen, dass seine Essgewohnheiten bei der Dosierung des Insulins eine entscheidende Rolle spielen.<sup>17</sup>

### 2.3.2 Medikamentös

Beim Diabetes Typ 2 muss oft, wenn eine Ernährungsumstellung alleine nicht mehr ausreicht und bei Diabetes Typ 1 schon vom Ausbruch der Krankheit an, zur Behandlung auch auf Medikamente zurückgegriffen werden. Dabei unterscheidet man zum

---

<sup>15</sup> Vgl. Kronsbein/ Weyer/ Berger, 2000, S. 464- 469

<sup>16</sup> Vgl. Kronsbein/ Weyer/Berger, 2000, S. 469

<sup>17</sup> Vgl. Weyer/ Berger, 2000, S. 326-328

einen die direkte Gabe von Insulin als Injektion und zum anderen orale Antidiabetika, wenn noch körpereigenes Insulin vorhanden ist.

### **Orale Antidiabetika**

Die Behandlung mit oralen Antidiabetika kann nur bei der Behandlung von Diabetes Typ 2 eingesetzt werden, da bei dieser Art von Diabetes noch eine endogene Insulinproduktion vorliegen muss. Orale Antidiabetika sollten jedoch erst dann zur Senkung des Blutzuckerspiegels gegeben werden wenn eine Gewichtsreduktion oder Diät alleine nicht zum Erfolg führt.<sup>18</sup> Es gibt verschiedene Wirkstoffgruppen der oralen Antidiabetika die an verschiedenen Organen im Körper ansetzen und damit unterschiedliche Wirkungsweisen haben.

### **Insulin**

Eine Behandlung mit Insulin kann zu verschiedenen Zwecken angewendet werden. So kann man zunächst einmal drei verschiedene Ziele der Insulintherapie nennen:

- Leben erhalten
- Symptombefreiheit erreichen
- Hyperglykämie bedingte Schäden verhindern

Um Leben zu erhalten muss bei allen Typ 1 Diabetikern eine Insulintherapie durchgeführt werden, aber auch bei Typ 2 Diabetikern, bei denen die Insulinproduktion im Laufe der abgenommen hat oder bei denen im Normalfall das vom Körper produzierte Insulin ausreicht, in Stresssituationen wie z.B. Operationen jedoch unterstützend injiziert werden muss. Außerdem bei Pankreatektomie, ketoazidotischem Koma und hyperosmolarem Koma.

Für eine Symptombefreiheit wird die Insulintherapie vermehrt bei älteren Diabetespatienten angewandt.

Zum Schutz vor Folgeschäden einer Hyperglykämie setzt man die Insulintherapie während einer Schwangerschaft ein, sowie bei jüngeren Diabetikern.<sup>19</sup>

Normalerweise wird eine Insulintherapie durch täglich mehrfache Injektionen in das subkutane Gewebe durchgeführt. Mit kurz- oder länger wirkender Insulinpräparation

---

<sup>18</sup> Vgl. Behrmann/ Weineck, 1992, S. 39-40

<sup>19</sup> Vgl. Heinemann/ Berger, 2000, S. 145

wird somit auf den veränderten Insulinbedarf während eines Tages eingegangen.<sup>20</sup> Man unterscheidet dabei bei den Präparaten einmal in Normalinsulin und zum anderen in Verzögerungsinsulin.<sup>21</sup> Dabei ist bei der Gabe von Insulin darauf zu achten, dass es sich bei den beiden Insulinpräparaten um miteinander mischbare handelt. Je nachdem welche Therapieform angewendet wird, injiziert sich der Diabetespatient eine bestimmte Zusammensetzung der Präparate. Man unterscheidet zum einen in die intensivste Insulintherapie, die meist bei Diabetikern des Typ 1 angewendet wird, hier spritzt der Patient sich vor jeder der drei Hauptmahlzeiten Insulin. Typ 2 Diabetiker injizieren sich oft nur zweimal täglich Insulin, einmal vor dem Frühstück und einmal vor dem Abendessen; hier ist es wichtig die richtige Mischung aus Normalinsulin und Verzögerungsinsulin zu beachten. Die dritte Therapieform ist die Supplementäre Insulintherapie bei der vor jeder Mahlzeit die Kohlenhydrate die man plant zu sich zu nehmen mit Normalinsulin auszugleichen.<sup>22</sup>

Die Injektion des Insulins kann zum einen durch Einwegspritzen oder Insulinpens durchgeführt werden.

Wichtig ist bei jeder Form der Insulintherapie, dass der Patient geschult wird mit den Medikamenten richtig umzugehen. Dazu gehört zum einen der richtige Umgang mit Spritze oder Pen zum anderen zählt dazu auch, dass der Patient täglich seine Stoffwechsellagen kontrolliert, außerdem muss er seine Kohlenhydrataufnahme auf den Wirkungsablauf des Insulins abstimmen und zusätzlich muss er lernen auf eine kurzfristige Änderung des Insulinbedarfs; z.B. in Folge von Bewegung seine Insulindosis mit Hilfe der täglichen Stoffwechselkontrolle selber abzustimmen.<sup>23</sup>

Eine weitere Möglichkeit der Insulintherapie ist die Insulinpumpe. Diese wird mit einem Katheter fest am Körper angebracht und gibt in etwa einstündigen Abständen schnell wirkendes Insulin an den Körper ab.<sup>24</sup>

### 2.3.3 Körperliche Aktivität

Wie Übergewicht ist auch körperliche Inaktivität ein Risikofaktor um an Diabetes zu erkranken. Um diesen Risikofaktor zu minimieren aber auch um andere Vorgänge im Körper zu aktivieren ist körperliche Aktivität eine Art der Therapie bei Diabetes. Welche

---

<sup>20</sup> Vgl. Heinemann/ Berger, 2000, S. 125

<sup>21</sup> Vgl. Heinemann/ Berger, 2000, S. 136

<sup>22</sup> Vgl. Heinemann/ Berger, 2000, S. 143-145

<sup>23</sup> Vgl. Heinemann/ Berger, 2000, S. 125, 143

<sup>24</sup> Vgl. Pfohl/ Behre, 2004, S. 66

Therapieformen es bei Diabetes im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität gibt wird in Kapitel 2.4 Diabetes und Sport näher beschrieben.

### **2.3.4 Schulung und Selbstkontrolle**

Damit all die bereits genannten Therapieformen Erfolg erzielen können ist es wichtig, dass der Patient lernt die Behandlung weitestgehend eigenverantwortlich durchzuführen um akute Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Als Grundlage dazu dient zu allererst einmal die Akzeptanz der Krankheit und die daraus entstehende Motivation zur größtenteils selbstständigen Behandlung. Um dieses richtig durchführen zu können benötigt der Patient zum einen das theoretische Wissen über die Krankheit, an der er leidet, aber auch die Fertigkeiten die verschiedenen Kontrollen eigenständig durchführen zu können. Dieses Wissen und diese Fertigkeiten sollen die Patienten in Schulungen erlernen, die Mindestanforderungen in ihren Inhalten erfüllen müssen.<sup>25</sup>

Für den Behandlungserfolg ist eine Selbstkontrolle des Patienten von großer Bedeutung. Deswegen gehört zu jeder Therapie auch die Schulung des Erkrankten. So muss ihm die Krankheit Diabetes erklärt werden und die verschiedenen Behandlungsmethoden erläutert werden. Vor allem sind hier Diät und Bewegung wichtig, auf die der Patient den meisten Einfluss hat.

### **2.3.5 Transplantation**

Wenn durch das Pankreas zu wenig oder gar kein Insulin mehr produziert werden kann, wie es bei einem Diabetiker Typ 1 der Fall ist, bietet eine Transplantation die einzige Möglichkeit nicht länger von der dauerhaften Zuführung von Insulin abhängig zu sein. Man unterscheidet bei der Diabetestherapie durch Transplantation zum einen in die Transplantation von einzelnen Inselzellen und in die Transplantation der kompletten Pankreas. Jedoch wird das in den seltensten Fällen und nur bei Patienten die schon schwere Folgeerkrankungen haben, durchgeführt, da die Patienten nach den Transplantationen weiterhin Medikamente nehmen müssen, die die Immunabwehr des Körpers herabsetzen damit er die eingesetzten Zellen bzw. das Organ nicht abstößt.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Vgl. Pfohl, 2004, S.35

<sup>26</sup> Lindloff, [www. Diabetes-deutschland.de](http://www.Diabetes-deutschland.de), Zugriff v. 15.06.2014

## 2.4 Kosten von Diabetes

Die KoDiM- Studie, die seit 1998 und letztmalig 2001 von der PMV-Forschungsgruppe durchgeführt wird, errechnet durch Hochrechnungen aus 30000 pseudonymisierten Patientendaten der AOK Hessen und der KV Hessen die Erkrankungshäufigkeit und die Kosten von Diabetes in Deutschland. Dabei ergab sich, dass die individuellen Kosten pro Diabetiker in den letzten zehn Jahren konstant geblieben sind. Sie setzen sich zusammen aus ca. 2500 Euro pro Jahr und Patient für direkte Krankheitskosten ( Krankenversorgung, Pflege) und ca. 1300 Euro pro Jahr und Patient für indirekte Kosten ( Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung). Das bedeutet bei einem durchschnittlichen Diabetiker um das 1,8 fache höhere Ausgaben als bei einem Nicht-Diabetiker. Jedoch stieg die Anzahl der Diabetiker in den letzten 10 Jahren um fast 50%. 18% davon lassen sich auf die Alterung der Deutschen Bevölkerung zurückführen die restlichen Prozent lassen sich zum einen durch ‚lifestyle‘ Faktoren, wie Übergewicht und Bewegungsmangel erklären, zudem ist die Aufmerksamkeit in Bezug auf Diabetes in den letzten Jahren deutlich gestiegen, sodass in vielen Fällen die Diagnosen früher gestellt werden. Durch diese hohe Zahl der Erkrankten aber auch durch die mit Diabetes verbundenen Folgeerkrankungen kommt es zu einer zusätzlichen Belastung für das Gesundheitssystem. Von den jährlich in Deutschland durch Diabetespatienten anfallenden Kosten von 12,8 Milliarden Euro entfallen 3,2 Milliarden für die Behandlung der Grunderkrankung und 9,6 Milliarden für die Behandlung der Folgeerkrankungen. Als weiterer Grund für die hohen diabetesbedingten Ausgaben wird die mangelnde Therapietreue von ca. 50-60% der Patienten angegeben. Durch das zunehmende Auftreten des Krankheitsbildes bei Patienten im arbeitsfähigen Alter, ist auch mit steigenden Kosten durch Frühberentungen zu rechnen. Insgesamt wird bis zum Jahr 2025 mit einer Verdoppelung der durch Diabetes verursachten Kosten auf 25 Milliarden Euro ausgegangen.<sup>27</sup>

## 2.5 Folgeerkrankungen

Diabetikertypische Komplikationen werden in folgende Hauptgruppen eingeteilt:

- Mikroangiopathien
- Nierenerkrankungen, Augenerkrankungen
- Makroangiopathien

---

<sup>27</sup> Köster/Ferber/Hauner, 2005, S.5-10

- Kardiale und zerebrale vaskuläre Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Fußkomplikationen
- Periphere Neuropathien und periphere vaskuläre Erkrankungen (z. B. Diabetisches Fußsyndrom, das oftmals mit der Teilamputation der unteren Extremitäten einhergeht)
- Stoffwechselentgleisungen

Diabetesbedingte Begleiterkrankungen sind eine häufige Komplikation für die Betroffenen. 65,5% der Diabetiker leidet unter mindestens einer, 19,6% sogar unter zwei und 7% sogar unter drei Begleiterkrankungen.

Insgesamt steigt die Häufigkeit der Begleiterkrankungen mit zunehmendem Lebensalter an. Beachtenswert ist allerdings, dass bereits in die Personengruppe bis 49 Jahre 65,7% aller makroangiopathischen Komplikationen, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall auf Diabeteserkrankungen zurückzuführen sind. In der Personengruppe von 50-59 Jahre waren noch 56,5% dieser Komplikationen Folge einer Diabeteserkrankung.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Köster/ Ferber/Hauner, 2005, S. 6-7

## 3 Diabetes und Sport

Bei Diabetes im Zusammenhang mit Sport muss man zunächst einmal unterscheiden welche Auswirkungen Sport auf Menschen mit Diabeteserkrankung allgemein hat und den Sport als direkte Therapie der Diabeteserkrankung sehen. Zusätzlich muss man hier auch in Diabetiker unterscheiden die Insulin als Therapieform anwenden und solche die dies nicht tun. Unter die erste Gruppe fallen alle Typ-1-Diabetiker sowie etwa ein Drittel aller an Typ 2 erkrankten Diabetiker.<sup>29</sup>

Zunächst einmal lässt sich sagen, dass Bewegung und Sport vor allem als Präventionsmaßnahme für Typ 2 Diabetes eine große Rolle spielen, da Bewegungsmangel und das damit verbundene Übergewicht Risikofaktoren darstellen. Als direkte Therapie der Diabeteserkrankung kommt es bei Typ-2-Diabetikern in Frage.

Im Folgenden sollen einmal die Vorgänge im Körper bei sportlicher Aktivität bei den beiden verschiedenen Diabetestypen 1 und 2 erläutert werden.

### 3.1.1 Sport und Typ 1 Diabetes

Bei Diabetikern mit Typ 1 Diabetes spielt Bewegung nur bedingt eine Rolle bei der Therapie, da der Körper hier kein eigenes Insulin mehr produzieren kann und somit die positive Wirkung der Bewegung auf die Insulinresistenz wegfällt. Jedoch soll ein Typ 1 Diabetiker deswegen trotzdem nicht auf Sport verzichten, da durch Sport auch andere Krankheiten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, für die Diabetiker ein erhöhtes Risiko haben, vorgebeugt werden können. Außerdem wirkt sich Sport positiv auf das Gesamtbefinden aus.

Jedoch muss bei der sportlichen Betätigung beachtet werden, dass es durch die Insulintherapie nicht zu einem Insulinmangel oder Insulinüberschuss während der sportlichen Aktivität kommt. Ein *Insulinüberschuss*, den ein gesunder Körper bei sportlicher Aktivität eigenständig reguliert, hat den drastischen Abfall der Blutglukosekonzentration zur Folge hat.<sup>30</sup> Hat man das Insulin jedoch schon medikamentös zugeführt, kann es während dem Sport nicht abgestellt werden und somit wird immer mehr Glukose aus dem Blut in die Muskelzellen aufgenommen. Bei einem *Insulinmangel* kommt es dagegen zu einem zusätzlichen Blutglukoseanstieg, da es zu keiner gesteigerten Glukose-

---

<sup>29</sup> Pichleritsch, [www.diabetes-ratgeber.net](http://www.diabetes-ratgeber.net), Zugriff v. 10.06.2014

<sup>30</sup> Vgl. Pfohl/Schmüllig, 2004, S. 361



aufnahme in die arbeitende Skelettmuskulatur kommen kann da zu wenig Insulin zur Verfügung steht und so die zur Verfügung gestellte Glukose im Blut verbleiben muss.<sup>31</sup>

Auf Grund dieser Risiken ist es bei einem Typ 1 Diabetiker wichtig, die sportliche Betätigung am besten zu planen und im Voraus weniger Insulin zu spritzen oder aber vor der sportlichen Betätigung schnell resorbierbare Kohlehydrate zu sich zu nehmen. Wichtig ist in jedem Fall die vorherige Kontrolle des Blutglukosespiegels vor der sportlichen Betätigung, sowie die Beachtung wann die letzte Mahlzeit und Insulininjektion stattgefunden hat. Auch spielt die Tageszeit und die Dauer und Intensität des geplanten Trainings eine Rolle.<sup>32</sup> Diese Maßnahmen treffen auch auf Typ 2 Diabetiker, die mit einer Insulintherapie behandelt werden, zu.

### 3.1.2 Sport und Typ 2

Bei Diabetestyp 2 hingegen ist sportliche Betätigung auch eine Form der Therapie. Sportliche Betätigung über die Dauer von ca. 45 Minuten führt bei Typ 2 Diabetikern mit einem Nüchternglukosespiegel von über 200 mg/dl im Durchschnitt zu einem Abfall um 50 mg/dl. Diese akute Verbesserung des Blutzuckerspiegels ist jedoch nicht der Hauptgrund für eine Bewegungstherapie, sondern die durch eine längerfristige körperliche Betätigung verbesserte periphere Insulinempfindlichkeit.<sup>33</sup>

Muskulararbeit verstärkt die Durchblutung der Muskulatur und führt so dazu, dass das im Blut vorhandene Insulin mehr Insulinrezeptoren erreichen kann. In der Muskelzelle werden durch körperliche Aktivität Glukosetransporteierweiße ( GLUT4) vermehrt aktiviert und so die Glukoseaufnahme in die Zelle gefördert. Dieser Mechanismus ist beim Ausdauertraining schon lange belegt, jedoch wird in letzter Zeit dem sogar noch deutlich positiveren Effekt von gezieltem Krafttraining immer mehr Beachtung geschenkt.<sup>34</sup>

Um gute Erfolge zu erzielen sollte drei bis vier mal die Woche für jeweils zwischen 30 und 60 Minuten Sport betrieben werden, oder sich zumindest jeden Tag eine halbe Stunde bewegt werden.

Zusätzlich erreicht die sportliche Betätigung eine Verbesserung des Lipidprofils und erhöht Fettverbrennung zur Gewichtsreduktion, die auch zu einer Verbesserung des Diabetes Typ 2 führt.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Weyer, 2000, S. 208-210

<sup>32</sup> Vgl. Pfohl/Schmülling, 2004, S. 361

<sup>33</sup> Vgl. Weyer, 2000, S. 211

<sup>34</sup> Klerer, 2007, S. 42

<sup>35</sup> Vgl. Pfohl/Schmülling, 2004, S. 365

Sportliche Aktivität führt darüber hinaus auch zu einer Senkung der Leptinresistenz, was zu einer Normalisierung des Appetitverhaltens führen kann und so die Gewichtsregulierung für den Diabetiker erleichtert. Des Weiteren erreicht die sportliche Betätigung eine vermehrte Serotoninausschüttung, die eine stimmungsaufhellende Wirkung und somit einen optimistischeren Umgang mit der Diabeteserkrankung zur Folge hat.<sup>36</sup>

Das größte Problem bei der Therapie des Diabetes durch körperliche Aktivität ist, dass die Patienten oft die körperliche Aktivität nicht beibehalten und somit eine langfristige Verbesserung der peripheren Insulinempfindlichkeit nicht erreicht werden kann.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Vgl. Klerer, 2007, S.

<sup>37</sup> Vgl. Pfohl/Schmülling, 2004, S. 361

## 4 Gesundheitssport

Auch wenn man dem Begriff Gesundheitssport sowohl im organisierten Sport wie auch im Freizeitsport inzwischen häufig begegnet und dieser oft als eigenständige Säule des Sports dargestellt wird, fällt es doch schwer ihn eindeutig zu definieren, sowohl auf der terminologischen wie auch auf der praktischen Ebene. Um dennoch darstellen zu können was man allgemein unter dem Begriff des Gesundheitssports versteht, sollen zunächst einmal die beiden Begriffe Gesundheit und Sport aus denen sich das Wort zusammensetzt näher betrachtet werden. Welchen Stellenwert Gesundheit in der Gesellschaft und für den Menschen an sich einnimmt ist sehr abhängig vom aktuellen Forschungs- und Wissenstand der jeweiligen Zeit. Auch kulturelle Einflussfaktoren spielen hierbei eine Rolle, besonders in wie weit eine Zivilisierung der Gesellschaft vorliegt und welche Ideale von der Gesellschaft anerkannt und vorgelebt werden.<sup>38</sup> Die aktuellste Definition für den Gesundheitsbegriff ist laut WHO

*„ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“*

Ist für Gesundheit noch eine relativ einfache Definition zu finden, die für einen Großteil der Menschen zutreffend erscheint, fällt es im Falle des Sportbegriffs schon deutlich schwerer eine allgemeingültige Definition zu finden. Das Sportwissenschaftliche Lexikon schreibt dazu als Begründung:

*„Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich Sport zu einem umgangssprachlichen, weltweit gebrauchten Begriff entwickelt. Eine präzise oder gar eindeutige begriffliche Abgrenzung lässt sich deshalb nicht vornehmen. Was im allgemeinen unter Sport verstanden wird, ist weniger eine Frage wissenschaftlicher Dimensionsanalysen, sondern wird weit mehr vom alltagstheoretischen Gebrauch sowie von den historisch gewachsenen und tradierten Einbindungen in soziale, ökonomische, politische und rechtliche Gegebenheiten bestimmt. Darüber hinaus verändert, erweitert und differenziert das faktische Geschehen des Sporttreibens selbst das Begriffverständnis von Sport.“<sup>39</sup>*

Der Brockhaus versucht dennoch eine Definition für den Sport zu finden und beschreibt ihn als,

---

<sup>38</sup> Vgl. Pfister, 1996, S. 201-202

<sup>39</sup> Röthig/ Becker/ Carl/ Kayser/Prohl, 1992

*alle als Bewegungs-, Spiel- oder Wettkampfformen geprägten körperl. Aktivitäten des Menschen.<sup>40</sup>*

Zudem unterscheidet er in drei verschiedenen Arten von Sport, Breitensport, Leistungssport und Behindertensport.<sup>41</sup> Versucht man den reinen Gesundheitssport einer dieser drei Kategorien unterzuordnen fällt er am ehesten unter Breitensport obwohl er auch Elemente des Behindertensports einschließt.

Um nun eine Verbindung zwischen Sport und Gesundheit herstellen zu können ist noch interessant, dass laut

*Gesundheit zählt neben oder in Verbindung mit Erziehung zu den wichtigsten Bildungsmotiven von Leibesübungen, Gymnastik, Turnen, Spiel und Sport.<sup>42</sup>*

Der Deutsche Olympische Sport Bund (DOSB) definiert Gesundheitssport als einen Prozess

*„der mit den Mitteln des Sports das Ziel verfolgt, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“<sup>43</sup>*

## 4.1 Entwicklung des Gesundheitssports

Um ein genaueres Verständnis vom Gesundheitssport zu bekommen soll im Folgenden die Entwicklung des Gesundheitssports dargestellt werden. Um zunächst einmal den Begriff des Sports nachvollziehen zu können wird das Anhand einer kurzen Darstellung der Entwicklung des Sports allgemein und später auf die Entwicklung des Gesundheitsgedanken im Sport gesamt getan.

### 4.1.1 Entwicklung des Sports allgemein

Der moderne Sport entwickelte sich im 18. Jahrhundert in England im Zuge der Industrialisierung. Die ersten Wettkämpfe, die öffentlich ausgetragen wurden, dienten vor allem der Unterhaltung und dem Zeitvertreib. Dies lässt sich auch aus dem mittenglischen Wort „disport“, auf das der Terminus „sport“ zurück zu führen ist, begründen.

---

<sup>40</sup> Brockhaus, 2000, S.291

<sup>41</sup> Vgl. Der Brockhaus, 2000, S.291

<sup>42</sup> Becker, 2006, S. 42

<sup>43</sup> DOSB (1), [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de), Zugriff v. 19.05.2014

„Disport“ bedeutet so viel wie „Zerstreuung, Vergnügen, Zeitvertreib, Spiel“<sup>44</sup> Aus diesen Wettkämpfen entwickelten sich Leistungsvergleiche zwischen den Angestellten der Oberschicht. Bald konnte man bei jedem Wettkampf Wetten auf die einzelnen Kontrahenten abschließen, was zur Folge hatte, dass man bald auch ein Regelwerk für den Sport benötigte. Im 19. Jahrhundert entdeckte die höhere Schicht den Sport auch als Leistungsvergleich untereinander und trug mit der Gründung erster „sport clubs“ zur Verbreitung und Organisation des Sports bei. Zu dieser Zeit fand der Sport nur in der Oberschicht statt, und auch Frauen trieben zu dieser Zeit noch sehr selten Sport.<sup>45</sup>

Parallel dazu fand in Berlin 1807 die Turnbewegung statt, die durch Friedrich Jahn gegründet wurde. Ihr Ziel war es damals, anders als bei den in England entstandenen Wettkämpfen, die dazu dienten sich gegenseitig zu messen, die gesamte männliche Bevölkerung körperlich zu stärken. Frauen wurden auch von Jahn in seinem Buch ‚Deutsche Turnkunst‘ noch überhaupt nicht berücksichtigt.<sup>46</sup>

#### 4.1.2 Entwicklung Gesundheitssport im Verein

Mit der Turnbewegung, zu der später auch Ärzte wie Rudolph Virchau und Lorinser hinzukamen, entwickelte sich vermehrt ein Bewusstsein für den Gesundheitsnutzen von Sport und Bewegung.<sup>47</sup> Zwar hatte bereits die Gymnastik in der Antike neben der Leistungssteigerung und Steigerung des Wohlbefindens auch zum Teil schon das Ziel heilende und therapeutische Funktionen zu erfüllen.<sup>48</sup> Jedoch war das zu diesem Zeitpunkt nur auf die Gymnastik beschränkt und galt für keine andere Sportart. So entwickelte sich erst im 19. Jahrhundert innerhalb der Vereine ein Bewusstsein für den Gesundheitsnutzen von Sport und Bewegung. So erkannten die Verantwortlichen, dass Sport nicht immer nur Wettkampfcharakter haben musste. Gutschmuths, ein Mitbegründer der Turnbewegung, hat schon früh als Ursache für viele Krankheiten die zivilisierte Lebensweise gesehen und den damit verbundenen Bewegungsmangel. Als Präventionsmaßnahme sah er deswegen für dreiviertel aller Krankheiten Bewegung als Vorbeugung.<sup>49</sup>

1980 wurden im Rahmen des Turntags in Saarbrücken vom DTB zum ersten Mal neue Herausforderungen wie Multimorbidität, Überalterung, Erhöhung chronisch degenerativer Krankheiten auch im Hinblick auf die Anpassung von Sportangeboten betrachtet.

---

<sup>44</sup> Vgl. Röthig/ Becker/ Carl/ Kayser/Prohl, 1992, S. 421

<sup>45</sup> Vgl. Kurz, 1986, S. 52-53

<sup>46</sup> Vgl. Dietz, 2013, S. 13

<sup>47</sup> Vgl. Hartmann, 1997, S.13-16

<sup>48</sup> Vgl. Brehm/ Bös, 2006, S. 10

<sup>49</sup> Vgl. Pfister, 1996, S.211

Im Laufe der Zeit spielte diese Anpassung der Angebote eine immer größere Rolle und so entwickelte sich im Laufe der Jahre aus dem DTB einer der größten Gesundheitssportverbände in Deutschland.<sup>50</sup>

1993 begann der DTB erstmals, nachdem eine Vereinsstrukturanalyse in Deutschland den Gesundheitssport als wichtigen Aspekt aufzeigte, damit, gezielt Angebote für Vereine im Rahmen der Gesundheitsförderung anzubieten. So gab es eine Ausbildungs- und Fortbildungsoffensive, die Einführung des Gütesiegels ‚Pluspunkt Gesundheit. DTB‘, die Einführung von Vereinsberatern und die Verbesserung des Netzwerks in Hinblick auf den Gesundheitssport. Dadurch wurde der DTB zum größten Laiensystem der Gesundheitsförderung in Deutschland.<sup>51</sup> Das Aus- und Fortbildungssystem wurde so angepasst, dass die Interessen und Bedürfnisse der Menschen im Verein an vorderster Stelle stehen. Daraus hat sich ein zweistufiges Lizenzsystem entwickelt bei dem zunächst einmal als Grundlage der Fachübungsleiterschein der jeweiligen Sportart gemacht wird. Diesen kann man auch schon auf eine Zielgruppe hin ausrichten, wie z.B. Kinder und Jugendliche, Sport mit Älteren oder Erwachsenensportangebote. Darauf aufbauend ist Lizenzstufe zwei ‚Rehabilitation und Prävention‘, welche sich auf Angebote im Bereich der Primär- und Sekundärprävention fokussiert.<sup>52</sup> Das Gütesiegel ‚Pluspunkt Gesundheit. DTB‘ wurde eingeführt und an Vereine mit besonders gesundheitsfördernden Sportangeboten vergeben. Voraussetzungen, damit einem das Siegel verliehen werden kann, sind zum einen die speziell ausgebildeten Übungsleiter und die Rahmenbedingungen der Kurse. Das Siegel soll den Vereinen die Möglichkeit geben, sich gegenüber anderen Vereinen abzuheben.<sup>53</sup> Vereinsberater sollen unter dem Konzept ‚DTB-Berater Freizeit und Gesundheitssport‘ ausgebildet werden und zunächst einmal durch die Aus- und Fortbildungsangebote Kontakt zu den Vereinen aufnehmen und bei Fragen zur Verfügung stehen. Später sollen Sie dann auch direkt auf die Vereine zugehen und ihnen bei Vereinsentwicklung, Angebotsentwicklung und der organisatorischen Umsetzung und Zukunftsplanung unterstützen.<sup>54</sup> Mit all diesen Maßnahmen soll sich im Laufe der Zeit ein Netzwerk aus Akteuren, Wissenschaftlern und Anbietern bilden.

Inzwischen hat der DOSB und viele der Landessportverbände das Thema Gesundheit in seine Leitlinien aufgenommen und das Angebot in diesem Bereich erweitert.

Außer Acht darf man bei der gesamten Entwicklung des Gesundheitssports innerhalb von Sportvereinen nicht lassen, dass Sportvereine sehr unterschiedliche Strukturen

---

<sup>50</sup> Vgl. Hartmann, 1997, S.13-16

<sup>51</sup> Vgl. Hartman, 1997, S. 14

<sup>52</sup> Vgl. Pauly, 1997, S. 23

<sup>53</sup> Vgl. Pauly, 1997, S. 26

<sup>54</sup> Vgl. Pauly, 1997, S. 26-27

und dadurch auch unterschiedliche Interessen und Zielgruppen haben können.<sup>55</sup> So haben große Mehrspartenvereine oft bessere Voraussetzungen auch Gesundheitssport anbieten zu können da sie sowieso schon eine deutlich größere Zielgruppe ansprechen und erreichen können als kleinere Vereine, die oft nur eine Sportart anbieten. Neben der Struktur des Sportvereins spielt es aber auch eine Rolle in welchem Einzugsbereich die Vereine liegen, so stellen Mitglieder in ländlichen Regionen oft andere Anforderungen an die Sportvereine als es Mitglieder in Städten tun.

## 4.2 Ziele des Gesundheitssports

Eine genaue Definition für Gesundheitssport an sich ist schwer zu finden. Auf Grundlage der drei Ebenen der Gesundheitsförderung lassen sich jedoch sechs Kernziele von Gesundheitssport definieren.<sup>56</sup> Die Ebenen der Gesundheitsförderung sind zum einen die der Gesundheitswirkung, das Gesundheitsverhalten und die Ebene der gesunden Verhältnisse. Die daraus entstandenen Kernziele des Gesundheitssports sind:

- (1) Stärkung physischer Ressourcen: Ausdauer-, Kraft-, Dehn-, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit
- (2) Prävention von Risikofaktoren besonders des metabolischen Syndroms
- (3) Stärkung psychosozialer Ressourcen: Wissen, Körperkonzept, Stimmung, soziale Kompetenz und Einbindung
- (4) Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
- (5) Bindung an gesundheitssportliches Verhalten
- (6) Schaffung und Optimierung unterstützender Settings (gesundheitsförderliche Verhältnisse)

Zu den in *Kernziel 1* genannten physischen Gesundheitsressourcen gehören Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit (Beweglichkeit), Koordinationsfähigkeit und die Entspannungsfähigkeit. Diese zu verbessern steht bei fast allen Gesundheitssportprogrammen im Vordergrund. Durch die Verbesserung jeder dieser fünf Bereiche können verschiedene körperliche Eigenschaften gestärkt werden, da sich der Körper durch Reize an die Anforderungen anpasst. Durch die Verbesserung von *Ausdauer* wird durch die physiologische Anpassung des Körpers die Ermüdungsgrenze nach oben verschoben, das

---

<sup>55</sup> Vgl. Hartmann, 1997, S.15-16

<sup>56</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S.21-23

Herz-Kreislauf-System, die Atmung und der Stoffwechsel passen sich an die Belastung an, „körperliche Beanspruchungen können [somit] leichter bewältigt werden und der Körper erholt sich schneller.“<sup>57</sup> Besonders bei der Prävention von metabolischen Risiken spielt die Ausdauer eine große Rolle. *Kraft* ist hingegen ein wichtiger Aspekt in der Verletzungsprophylaxe sowie der Prävention im Bereich des Muskel-Skelett-Systems. Diese positive Wirkung resultiert daher, dass die Leistungsfähigkeit des Bewegungs- und Stützapparats genauso wie die Belastbarkeit von Sehnen und Bändern verbessert wird. Das *Beweglichkeits- bzw. Dehnfähigkeitstraining* zielt darauf ab, dass es zu möglichst wenigen Bewegungseinschränkungen in den Gelenken kommt und somit eine optimale Nutzung der Bewegungspotentiale des Körpers gewährleistet wird. Zudem beugen Dehnübungen muskulären Dysbalancen und Haltungsschäden vor. Die *Koordinationsfähigkeit* verbindet Gleichgewichts-, Orientierungs-, Rhythmus- und Reaktionsfähigkeit und hat als Ziel eine möglichst genaue Ausführung von komplexen Bewegungsabläufen oder rhythmischen Bewegungen. Neben der optimierten Bewegungsausführung wirkt sich die Koordinationsfähigkeit positiv auf den Energieverbrauch und das Verletzungsrisiko aus. Anders als die vier vorhergegangenen Komponenten spricht die *Entspannungsfähigkeit* neben der physischen Ressourcenverbesserung auch die psychische Komponente mit an. So können dadurch physische Verspannungen aber auch psychische Anspannungen die z.B. durch Stress verursacht wurden gelöst werden. Jedoch sollte stets auf eine Kombination der einzelnen Teilbereiche geachtet werden, da nur so ein ganzheitliches Training auch die gewünschten Erfolge erzielen kann.<sup>58</sup>

Das *Kernziel 2* beschäftigt sich mit der Verminderung von Risikofaktoren. So wie sich der Körper an die Anforderungen die man an ihn stellt anpasst, so passt sich der Körper auch daran an wenn diese Anforderungen an ihn ausbleiben. Wenn man also die im Kernziel 1 beschriebenen Gesundheitsressourcen vernachlässigt und nicht trainiert, findet schnell eine negative Anpassung des Körpers statt, was neben der Degeneration von Muskeln auch die negative Anpassung von anderen Organen im Körper zur Folge hat. Das führt dazu, dass das Fitnesslevels des Körpers reduziert wird, was wiederum zu weiteren Risikofaktoren führt, wie z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Bluthochdruck oder einer Störung des Fettstoffwechsels im metabolischen Bereich. Im muskulären Bereich kann es dadurch zu neuromuskulären Dysbalancen kommen. Es ist davon auszugehen, dass Kernziel 1 und 2 sehr nah beieinander liegen, da die gezielte Stärkung der physischen Ressourcen gleichzeitig den Effekt hat Risikofaktoren zu minimieren.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Brehm/ Janke/Sygusch/Wagner, 2006, S. 23

<sup>58</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 22-24

<sup>59</sup> Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 24-25



Die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen, womit sich *Kernziel 3* befasst, beschäftigt sich mit psychischen und sozialen Potenzialen, die das Wohlbefinden fördern sowie helfen mit verschiedensten Anforderungen besser umgehen zu können. Auch hier ist, wie bei den physischen Gesundheitsressourcen, ein Ungleichgewicht zwischen Anforderung und der vorhandenen Ressource zu vermeiden. Psychosoziale Ressourcen im Bereich des Gesundheitssports sind die Gestimmtheit, Handlungs- und Effektwissen, Konsequenzerwartungen, Kompetenzerwartungen (Selbstwirksamkeit), die Einstellung zum Körper und die soziale Unterstützung und Einbindung. Eine „positive *Gestimmtheit* gilt als Basis der psychischen Gesundheit.“<sup>60</sup> Sportliche Aktivität kann die Stimmung akut aber auch langfristig positiv beeinflussen. Unter Stimmung fasst man alltägliche Gefühle wie gute Laune, Deprimiertheit, Aktiviertheit, Erregtheit, Ruhe oder Ärger zusammen. Die zweite Psychosoziale Ressource, das *Handlungs- und Effektwissen*, erfordert eine Verknüpfung von Informationen und Erfahrungen. Sie ist Grundlage für eine gute Durchführung von Gesundheitssport und einem allgemeinen gesundheitsförderlichen Verhalten, da unter das Effektwissen z.B. das Wissen fällt, welche Wirkung sportliche Betätigung auf den Körper hat. Dieses Wissen spielt auch in die Ressource der *Konsequenzerwartung* hinein. Diese dient dazu sich realistische und realisierbare Handlungsziele zu setzen und ist damit wichtiger Bestandteil der Motivation. Die Kompetenzerwartung hilft beim Überwinden von Barrieren, die einen am Beginn oder Fortführen des Gesundheitssports hindern, wie z.B. das Gefühl zu überwinden, dass man keine Zeit für Bewegung hat. Auch kann durch Sport die *Einstellung zum eigenen Körper* positiv beeinflusst werden. Dadurch, dass die Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers durch die Bewegung verbessert wird, steigt auch das Selbstwertgefühl und damit das Wohlbefinden welches sich auf die Gesundheit auswirkt. Die letzte Psychosoziale Ressource ist das Erfahren von *sozialer Unterstützung und Einbindung*. Bekommt man diese Unterstützung und Einbindung in der Gruppe zu spüren hilft das zum einen sich dort wohlfühlen und zum anderen diese Erfahrungen die man dort gesammelt hat auch im Umgang mit anderen positiv zu erleben.<sup>61</sup>

Das *Kernziel 4* des Gesundheitssports stellt die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden dar. Dieses umfasst zum einen die direkte Bewältigung von Beschwerden zum Beispiel durch eine gekräftigte Rücken- und Bauchmuskulatur werden Rückenschmerzen gelindert. Aber auch auf Beschwerden die nicht direkt durch Sport verbessert werden können wie z.B. Gliederschmerzen wirkt sich dieser positiv aus, da durch die sportliche Aktivität das Wohlbefinden verbessert wird und auch der gesundheitliche Zustand positiver eingeschätzt wird. Diese zwei Arten der Bewältigung nennt

---

<sup>60</sup> Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 25

<sup>61</sup> Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 25-27

man zum einen problembezogene Bewältigung und zum anderen emotionsbezogene Bewältigung.<sup>62</sup>

*Kernziel 5* beschäftigt sich mit der Bindung an gesundheitssportliches Verhalten. Dieses bezieht sich zunächst einmal auf die regelmäßig durchgeführte gesundheitssportliche Aktivität. Dadurch soll die gesundheitssportliche Aktivität zu einem festen Bestandteil des Gesundheitsverhaltens werden. Diese Dauerhaftigkeit ist wichtig damit Kernziel 1 und Kernziel 3 erreicht werden können, da sowohl die physische Anpassung aber auch die psychosoziale Anpassung ein kontinuierliches Training voraussetzen. Auch beim Erreichen von Kernziel 4 spielt das Dranbleiben an der sportlichen Aktivität eine große Rolle. Die Bindung an bestimmte Verhaltensweisen ist insgesamt ein wichtiger Bestandpunkt wenn man sich mit dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen beschäftigt, da viele Teilnehmer oft im ersten halben Jahr einer Maßnahme aufhören oder nach Beendigung des Angebots nicht mehr weitermachen. Bei der Verhaltensänderung im gesundheitssportlichen Bereich wird von vier verschiedenen Phasen ausgegangen in denen sich die Bindung zu dem Sport entwickelt. Es beginnt mit dem *Nachdenken* bei dem man sich zum ersten Mal mit dem Thema Gesundheit und sportlicher Aktivität auseinandersetzt. Diese Phase tritt oft nach einem kritischen Ereignis ein. Der Phase des Nachdenkens, die sich auch über mehrere Jahre erstrecken kann, folgt die Phase des *Vorbereitens*. Hier informiert man sich konkret über verschiedene Angebote und meldet sich schlussendlich dazu an, dieser Prozess kann bis zu 6 Monaten dauern. In der dritten Phase beginnt man nun mit dem Gesundheitssportprogramm. Diese Phase nennt man *Ausprobieren* und sie dauert ca. ein Jahr. Danach folgt Phase 4, hier findet nun die *Stabilisation* des gesundheitssportlichen Verhaltens statt. Fehlen in dieser und den drei Phasen davor jedoch entscheidende Einflussfaktoren, wie z.B. die Unterstützung durch das soziale Umfeld oder erfolgt eine Unterbrechung des gesundheitssportlichen Angebots, kann es in Phase 4 auch zum Dropout kommen, was bedeutet, dass die Aktivität abgebrochen wird und keine Bindung zum gesundheitssportlichen Verhalten entstanden ist.<sup>63</sup>

Das letzte Kernziel, *Kernziel 6*, Schaffung und Optimierung unterstützender Settings bzw. gesundheitsförderlichen Verhältnissen bezieht sich auf die Schaffung günstiger Verhältnisse für alle vorhergegangenen Kernziele und ist nah verbunden mit Kernziel 5 in dem für die Bindung an gesundheitssportliches Verhalten die Unterstützung und Vorraussetzungen von Außen eine große Rolle spielen. So ist es in den beiden ersten Phasen des Bindungsprozesses von Vorteil wenn eine Unterstützung auch von Seiten

---

<sup>62</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 27

<sup>63</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 28-31

der Ärzte und Krankenkassen ausgeht und in den beiden letzten Phasen, wie bereits erwähnt, weiterführende Kurse angeboten werden.<sup>64</sup>

Abschließend lässt sich sagen, dass alle dieser sechs Kernziele eng miteinander in Verbindung stehen und sich drei Qualitäten des Gesundheitssports draus ableiten lassen, die Gesundheitswirkung, die Verhaltenswirkung und die Verhältniswirkung. (Vgl. Abb.2) Aus diesen Zielen lässt sich das Übergeordnete Ziel der Stabilisierung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefindens ableiten, dass von den sechs Kernzielen abhängig ist.<sup>65</sup>

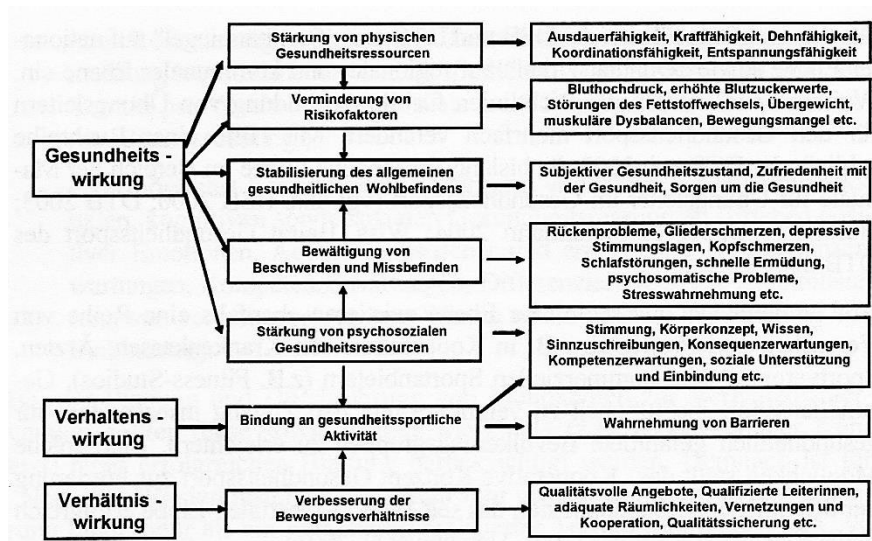


Abbildung 2: Modell der Qualitäten von Gesundheitssport<sup>66</sup>

### 4.3 Abgrenzung des Rehasports gegenüber dem Gesundheitssport

Rehabilitation meint im Allgemeinen die physische sowie psychische Wiederherstellung eines Patienten im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation. Außerdem soll eine Wiedereingliederung in das Sozial- und Arbeitsleben erreicht werden. Sie umfasst jedoch auch Maßnahmen zur Vorbeugung schwerer gesundheitlicher Störungen.<sup>67</sup> Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, Selbsthilfepotentiale zu

<sup>64</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 32-33

<sup>65</sup> Vgl. Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 33-34

<sup>66</sup> Brehm/ Janke/ Sygusch/ Wagner, 2006, S. 34

<sup>67</sup> Pschyrembel, 2001, S. 1428

aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.<sup>68</sup> Die Ziele des Gesundheitssports lassen sich somit weitgehend auch auf den Rehasport übertragen mit dem Unterschied, dass nicht auf einen gesamten verbesserten Gesundheitszustand hingearbeitet wird sondern auf die Beseitigung von bestimmten Krankheiten und deren Ursachen. Extra zugeschnittene Rehasportangebote gibt es für viele verschiedene Krankheitsbilder, dazuzählen z.B. Amputationen, Asthma bronchiale, Blindheit, vaskulären Insult, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und Diabetes mellitus Typ I/II.<sup>69</sup>

Rehabilitationssport soll die ärztliche Behandlung in Wohnortsnähe sinnvoll ergänzen. Er ersetzt jedoch nicht die Heilmittelverordnungen wie Bewegungsübungen oder Krankengymnastik. Welche Bedingungen erfüllt sein müssen damit der Rehasport durch die Krankenkassen abgerechnet werden kann wird in Kapitel 6.1.2 näher beschrieben.

Allgemein umfasst Rehasport Übungen, die in Gruppen abgehalten werden. Diese finden in regelmäßig abgehaltenen Übungsstunden statt. Dabei ist eine feststehende Gruppe besonders wichtig um gruppendynamische Effekte erzielen zu können, die den Austausch der Teilnehmer fördern und damit Grundlage zur Selbsthilfe legen. Zudem werden auch Maßnahmen, die dem krankheitsgerechten Verhalten dienen und der Bewältigung von psychosozialen Folgen entgegenwirken, umgesetzt. Dies sind z.B. die Einübung des Umgangs mit technischen Hilfsmitteln die bei einem Krankheitsbild benötigt werden oder Entspannungsübungen. Die genauen Inhalte eines Kurses müssen auf die jeweiligen Teilnehmer abgestimmt werden.<sup>70</sup>

Nähere Erläuterungen zu den Rehasportangeboten in Kapitel 6 Gesundheits- und Rehasport im Verein.

---

<sup>68</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, 2011, S.7

<sup>69</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, 2011, S.5

<sup>70</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, 2011, S.7

## 5 Vereinswesen in Deutschland

Grundlage zur Gründung eines Vereins ist die Vereinigungsfreiheit des Grundgesetzes. Laut Artikel 9 des Grundgesetzbuches haben alle Deutschen das Recht einen Verein zu gründen, jedoch besteht bei Gründung die Mindestmitgliederzahl von sieben Personen<sup>71</sup>, nach Gründung darf die Mitgliederzahl nicht unter drei Personen fallen<sup>72</sup>. Vereine lassen sich in nicht wirtschaftliche und wirtschaftliche Vereine unterscheiden. Nichtwirtschaftliche Vereine müssen sich, damit sie Rechtsfähigkeit erlangen in das Vereinsregister eintragen lassen. Voraussetzung dafür ist, dass der Zweck des Vereins keine wirtschaftlichen Ziele verfolgt. Ein auf den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ausgelegter Verein kann nur dann Rechtsfähigkeit erlangen, wenn ihm diese von dem Land, in dem er seinen Sitz hat, verliehen wird.<sup>73</sup> Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass der Großteil der deutschen Vereine in das Feld der unwirtschaftlich ausgerichteten Vereine fällt. Derzeit gibt es in Deutschland rund 580000 Vereine, das ist einen Zuwachs um 7% innerhalb der letzten 50 Jahre bedeutet.<sup>74</sup>

Betrachtet man nun nur die Sportvereine, so waren es in Deutschland 2013 über 91000 gemeldete Sportvereine mit insgesamt 27,8 Mitgliedern.<sup>75</sup>

### 5.1 Organisationsstruktur des DOSB

Die Sportvereine in Deutschland werden alle in den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) eingegliedert. Der DOSB ist der im Mai 2006 gegründete Zusammenschluss des Deutschen Sportbunds (DSB) und dem Nationalem Olympischen Komitee für Deutschland (NOK). Derzeit ist er mit seinen 27,8 Millionen Mitgliedern in den 91000 Sportvereinen die größte Bürgerbewegung Deutschlands.<sup>76</sup> Er steht den selbstständig organisierten Mitgliedsorganisationen als Beratungs- und Servicestation zur Verfügung. Des Weiteren vertritt er die Interessen der Mitgliedsorganisationen und allgemeinen Maßnahmen der Sportförderung gegenüber der EU, Bund, Ländern, Gemeinden und allen anderen gesellschaftspolitischen sowie kulturellen Bereichen. Er ist laut seiner Satzung der Bewahrung, Förderung und Weiterentwicklung der olympischen Idee verpflichtet, übernimmt aber auch die Interessenvertretung der Mitgliedsor-

---

<sup>71</sup> Vgl. § 56 BGB

<sup>72</sup> Vgl. § 73 BGB

<sup>73</sup> Vgl. §§ 21-22 BGB

<sup>74</sup> Vgl. Mihm, [www.faz.de](http://www.faz.de) Zugriff v. 21.05.2014

<sup>75</sup> Vgl. DOSB (2), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 20.05.2014

<sup>76</sup> Vgl. DOSB (3), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 19.05.2014

ganisationen gegenüber dem Internationalen Olympischen Komitee (IOC). Er steht für Leistung, Gesundheit, Lebensfreude und Wertevermittlung.<sup>77</sup>

Gegliedert ist der DOSB auf mehreren Ebenen. Die unterste bilden die *Sportvereine*, deren Aufgabe es ist, die eigentlichen Sportangebote an die Allgemeinheit weiter zu geben. Die nächste Ebene, wenn man einer Gliederung nach Sportarten folgt, sind die *Landesfachverbände*, die auf Landesebene für eine Sportart zuständig sind. Sie beschäftigen sich mit dem Wettkampfwesen auf Landesebene, der Talentförderung und –suche, außerdem sind sie für das Ausbildungswesen verantwortlich. Über den Landesfachverbänden stehen die *Spitzenverbände* oder auch Bundesfachverbände. In ihnen sind alle Landesfachverbände zusammengeschlossen und haben als Aufgabe das Wettkampfwesen auf Bundesebene, wie das Austragen Deutscher Meisterschaften der jeweiligen Sportart und die Bildung des deutschen Kaders für internationale Wettkämpfe. Zudem sind sie für die Bildungsrichtlinien der Lizenzen verantwortlich und vertreten die Interessen der Sportarten gegenüber dem DOSB. Parallel zu der fachlichen Gliederung gibt es noch eine regionale überfachliche Organisation, die *Landessportbünde*. In diesen sind alle Sportvereine eines Bundeslandes vertreten, unabhängig davon welche Sportarten sie anbieten. Die Landessportbünde haben viele verschiedene Aufgaben wie die Vertretung der Interessen von Turn- und Sportvereinen gegenüber der Landespolitik, die Regelung des Versicherungsschutzes aller Sportler im Verband, die Förderung und Ausbildung von Übungs- und Jugendleitern sowie Führungskräften und außerdem die Leitung/ bzw. das Initiieren von kulturellen und sozialen Initiativen.<sup>78</sup>

Insgesamt sind 16 Landessportbünde, 62 Spitzenverbände sowie 20 Sportverbände mit besonderen Aufgaben Mitglied im DOSB.<sup>79</sup>

## 5.2 Ausbildungswesen

Das Ausbildungssystem des DOSB ist im Allgemeinen in verschiedene Lizenzstufen gegliedert. Dabei wird im Bereich des Breitensports in sportartenübergreifende Angebote und sportartspezifische Angebote sowie den Leistungssport unterschieden. Im Bereich des sportartenübergreifenden Breitensports ist die 1. Lizenzstufe der Übungsleiter-C und auf zweiter Lizenzstufe der Übungsleiter-B, im Bereich des sportartenspezifischen Breitensports gibt es drei Lizenzstufen die jeweils mit Trainer-C-Breitensport, Trainer-B-Breitensport und Trainer-A-Breitensport benannt werden. Im Ausbildungs-

---

<sup>77</sup> DOSB (3), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 19.05.2014

<sup>78</sup> Vgl. DSB(1), 2003, S. 16

<sup>79</sup> Vgl. DOSB(2), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 20.05.2014

system des Leistungssport gibt es vier Lizenzstufen; Trainer-C-Leistungssport, Trainer-B-Leistungssport, Trainer-A-Leistungssport und als höchste Stufe den Diplom-Trainer.

Je nach Lizenzstufe gibt es eine Mindestanforderung an Unterrichtseinheiten (UE), die während der Ausbildung absolviert werden müssen. Lizenzstufe eins umfasst mindestens 120 UE, Lizenzstufe zwei mindestens 60 UE und bei Lizenzstufe drei muss die Ausbildung mindestens 90 UE umfassen. Parallel zu den auf den Sportbetrieb bezogenen Ausbildungen gibt es parallel dazu auch noch die Vereinsmanager Lizenzen, in deren Ausbildung Inhalte zur Leitung und Organisation eines Sportvereins vermittelt werden. Auch hier wird in zwei Lizenzstufen unterschieden, den Vereinsmanager-C und Vereinsmanager-B.<sup>80</sup>

Vorgegeben werden die Richtlinien für die Ausbildungen von dem DOSB, die Durchführung der einzelnen Ausbildungen unterliegt jedoch den Landessportverbänden, sowie Landesfachverbänden. Die Kontrolle und Vorgaben des DOSB sollen eine Gleichwertigkeit und somit eine Vergleichbarkeit der Ausbildungen unabhängig vom Ausbilder gewährleisten.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Vgl. DSB(2), 2005, S. 18

<sup>81</sup> Vgl. DOSB(4), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 23.06.2014

## 6 Gesundheits- und Rehasport im Verein

Eines der Hauptziele des DOSB ist Gesundheit. Desweiteren haben dreiviertel aller Verbände im DOSB als Thema Gesundheit. Insgesamt ist es bei Landessportverbänden ein größeres Thema als in den Fachverbänden. Innerhalb der einzelnen Verbände wird das Thema sehr unterschiedlich umgesetzt. In den Spitzensportverbänden, deren Fokus auf dem Wettkampf liegt, beschränkt sich der Gesundheitsgedanke meist lediglich auf der Gesundhaltung der Sportler, damit diese mit möglichst guten Erfolgen an Wettkämpfen teilnehmen können. Anders ist dies im Breitensport. Hier werden Gesundheitssportprogrammen, wie zuvor beschrieben z.B. durch den DTB angeboten, die gesundheitsfördernd ausgerichtet sind jedoch meist unspezifisch und mit dem Hauptziel, dass die Teilnehmer der Angebote gesund bleiben und somit fit genug sind ihren Alltag bewältigen und genießen zu können. Der Behindertensportverband (BVS) geht hier noch einen Schritt weiter indem er therapeutischen Sport bzw. Rehasport anbietet. Seine Ausrichtung ist die Therapie von schon vorhandenen Krankheiten, also die Gesundheitswiederherstellung.<sup>82</sup>

2013 verfügten 31,4 % der deutschen Sportvereine über Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Insgesamt haben im Durchschnitt 11,8 Prozent aller Sportangebote in Vereinen einen Gesundheitsbezug. Im Vergleich zum Jahr 2009 lässt sich jedoch ein Rückgang der Angebote im Bereich des Gesundheitssports erkennen. Lediglich im Bereich des Rehasports haben die Angebote innerhalb des Vereinswesens zugenommen.<sup>83</sup>

### 6.1 Anerkennung des Gesundheits- und Rehasports

Nach welchen Richtlinien entschieden wird, wann sich ein Sportangebot Gesundheitssport oder Rehasportangebot nennen darf, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Diese sind bei Gesundheitssportangeboten und Rehasportangeboten unterschiedlich. Dennoch bilden sie bei beiden Angebotsarten die Grundlage für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Beim Rehasport ist zusätzlich eine Unterstützung durch die Pflege- oder Unfallversicherung möglich. Innerhalb der Vereins- und Verbandsebene gibt es für den Reha- und Gesundheitssport auch unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche.

---

<sup>82</sup> Vgl. Schulke, 1997, S. 193-194

<sup>83</sup> Vgl. Breuer/ Feiler, 2012, S. 9



### 6.1.1 Gesundheitssport

Krankenkassen sollen laut §20 SGB V primärpräventive Maßnahmen für die Versicherten übernehmen, dies ist jedoch keine Pflicht der Krankenkassen. Der GSK-Spitzenverband hat deshalb einen Präventionsleitfaden erstellt, in dem genaue Vorschriften enthalten sind was ein Gesundheitssportprogramm erfüllen muss und welche Angebote nicht als Präventive Maßnahme gefördert werden können. Dabei unterscheidet er die Angebote nach Präventionszielen. Diese sind zum einen die Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität und zum anderen das Ziel der Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme. Unter Teilnehmer mit speziellen gesundheitlichen Risiken fallen Versicherte mit Problemen im Bereich des Muskel-Skelettsystems, Problemen im metabolischen Bereich, Problemen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems sowie des respiratorischen Systems und Versicherte mit Problemen im psychischen und psychosomatischen Bereich. Voraussetzung für beide Formen der Präventionsangebote, damit das Gesundheitssportangebot durch die Krankenkassen gefördert werden kann, ist zunächst einmal, dass alle sechs Kernziele des Gesundheitssports in dem Angebot durch bestimmte Inhalte in den Programmen realisiert werden.<sup>84</sup>

Ausschlusskriterien für Programme liegen vor, wenn die Angebote ein, oder mehrere folgender Kriterien erfüllen:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind.
- Dauerangebote
- Angebote für Kinder unter sechs Jahren (diese Zielgruppe wird über den Setting-Ansatz erreicht).<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, 2010, S. 41- 42

<sup>85</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, 2010, S. 42

Hinzu kommen bei Angeboten, die auf Teilnehmer mit speziellen Risikofaktoren hin ausgerichtet sind

- Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, ist nicht niedrigschwellig möglich (z. B. Ausstattungsbedarf und Kosten auch im Hinblick auf eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit).

Für den Gesundheitssport allgemein bieten verschiedene Verbände Ausbildungen und Übungsleiterkurse an, die zur Leitung bestimmter Kurse innerhalb des Angebots des Gesundheitssports befähigen. So bieten verschiedene Landessportbünde eigene Ausbildungen im Bereich Gesundheitssport an, aber auch einzelne Landesfachverbände haben Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in ihr Angebot mit aufgenommen.

Auf Grund der unterschiedlichen Ausbildungen hat der DOSB zur Qualitätssicherung des Gesundheitssports innerhalb der Vereine deshalb das Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT eingeführt. Zusätzlich dazu haben der DTB 1994 das Siegel PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB und der dsv (Deutscher Schwimmverband) das Siegel Gesund & fit im Wasser eingeführt, die jeweils zielgerichtet auf die entsprechenden schon bestehenden Angebote in den beiden Sportverbänden eingehen.<sup>86</sup> Ein weiteres Qualitätssiegel, das vom DOSB entwickelt wurde, ist das SPORT PRO FITNESS. Dieses richtet sich an alle Sportvereine mit vereinseigenem Fitnessstudio.<sup>87</sup>

Der DOSB bietet in Zusammenarbeit verschiedener Landessportverbände auch das ‚Rezept für Bewegung‘ an. Dies ist ein Formular, das von Ärzten für Patienten, die ihrer Meinung nach mehr Bewegung brauchen, ausgefüllt werden kann. Mit diesem Rezept kann der Patient dann in einem Sportverein, der Kurse mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT anbietet, teilnehmen und einmal jährlich bei der Krankenkasse als primärpräventive Maßnahme einreichen.<sup>88</sup>

Neben den von den Krankenkassen geförderten Angeboten gibt es im Bereich des Gesundheitssports im Verein auch viele Angebote, die dauerhaft durchgeführt werden und von den Teilnehmern komplett selber finanziert werden.

---

<sup>86</sup> Vgl. DOSB(5), [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de), Zugriff v. 19.06.2014

<sup>87</sup> Vgl. Breuer/Feiler, 2012, S.10

<sup>88</sup> Vgl. DOSB(6), [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de), Zugriff v. 23.06.2014

### 6.1.2 Rehasport

Gesetzliche Grundlage für Rehabilitationssport ist §44SGB IX, der den Rehasport als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation sieht und damit die Grundlage zur Abrechnung der Rehasportangebote über die Krankenkassen bildet. Im Gegensatz zum Gesundheitssport den die Krankenkassen nicht zwingend übernehmen müssen handelt es sich bei Rehasport um eine zeitlich begrenzte Pflichtleistung der GK. Durchgeführt werden solche Rehasportangebote außer von den Sportvereinen z.B. auch von Selbsthilfegruppen, Physiotherapiepraxen oder Fitnessstudios. Voraussetzung für alle diese Angebote ist nach §44 SGB IX, dass der ärztlich verordnete Rehabilitationssport in Gruppen und unter ärztlicher Betreuung und Überwachung stattfindet. Dies kann zum einen wie bei den Diabetessportgruppen z.B. durch eine Notfallnummer abgedeckt werden, unter der der Arzt während der Durchführung des Kurses erreichbar ist, bis hin zu der Anwesenheit des Arztes während der kompletten Belastungsdauer bei Herzsportgruppen.

Wenn der Rehasport innerhalb des Vereins angeboten wird erfolgt die Anerkennung der Gruppe jeweils durch den Landesspezifischen Behindertensportverband, in Bayern zusätzlich durch die Agentur für Arbeit- Reha-Sport.<sup>89</sup> Für verschiedene Dienstleistungen, die es im Rahmen der Mitgliedschaft innerhalb eines Landesbehindertensportbundes gibt, muss der Verein pro Teilnehmer eine Gebühr zahlen. In Bayern kostet die Mitgliedschaft im Fachverband für Rehabilitationssport in Bayern derzeit pro Teilnehmer des Angebots 11,50€ pro Jahr. Diese bietet dem Verein jedoch verschiedene Vorteile z.B. eine beratende Funktion bei auftretenden Schwierigkeiten, sowie die Möglichkeit zur Finanziellen Unterstützung.<sup>90</sup>

Ein weiteres Kriterium zur Anerkennung der Rehasportangebote ist, dass die Stunden durch speziell ausgebildete Übungsleiter abgehalten werden. Diese Lizenz kann man in verschiedenen Aus- und Weiterbildungsangeboten erlangen. Innerhalb des DOSB stellt der BVS Deutschland die Richtlinien für die Übungsleiterausbildung auf. Durchgeführt werden die Lehrgänge dann jedoch von den einzelnen Landesfachverbänden. Seit 2009 gelten dabei neue Richtlinien, die eine vergleichbares Level, unabhängig von welchem Landesfachverband die Ausbildung durchgeführt wird, sicherstellen soll. Neben der Ausbildung über den DOSB wird die Ausbildung auch von privaten Anbietern durchgeführt, wie z.B. von der Deutschen Fitnesslehrer Vereinigung. Diese Ausbildungen sind, im Vergleich zu den über die Sportverbände organisierten deutlich teurer und

---

<sup>89</sup> Vgl. BVS Bayern(1), [www.bvs-bayern.com](http://www.bvs-bayern.com), Zugriff v. 20.06.2014

<sup>90</sup> Vgl. BVS Bayern(1), [www.bvs-bayern.com](http://www.bvs-bayern.com), Zugriff v. 20.06.2014

richten sich an Übungsleiter, die Rehasport außerhalb von Sportvereinen, also z.B. Fitnessstudios, anbieten wollen.<sup>91</sup>

Die Übungsleiterausbildung, die man im Rahmen des DOSB absolvieren kann ist im Bereich des Breitensports angesiedelt und hat damit zwei Lizenzstufen (vgl. Kapitel 5.2) Da es jedoch keine eigenständige Übungsleiter-C-Ausbildung im Bereich Rehasport gibt, ist die Zulassungsvoraussetzung für die Teilnahme an einer Übungsleiter-B- Ausbildung im Bereich des Rehasports, entweder der Übungsleiter oder Trainer C im Bereich Behindertensport, oder wenigstens die Teilnahme an einer Grundausbildung im Bereich Behindertensport. Außerdem können auch Ausbildungen im Bereich Gesundheit, wie Sportlehrer, Physiotherapeuten oder Gymnastik- und Sportlehrer teilweise oder ganz anerkannt werden.

Die Übungsleiterausbildung Rehabilitationssport gibt es in verschiedenen Profilen:

- Übungsleiter B – Orthopädie
- Übungsleiter B – Innere Medizin inkl. Herzsport
- Übungsleiter B – Sinnesbehinderungen
- Übungsleiter B – Neurologie
- Übungsleiter B – Geistige Behinderung
- Übungsleiter B – Psychiatrie

Diese verschiedenen Profile gehen über 90 UE, mit Ausnahme des Profils Innere Medizin das den Herzsport mit integriert und somit über 150 UE geht. Die Inhalte sind angepasst an das jeweilige spezielle Krankheitsbild, beinhalten jedoch alle Informationen zu den medizinischen Grundlagen des Rehabilitationssports, Methodik und Didaktik des Rehabilitationssport sowie gesetzliche Grundlagen und Abrechnungsfragen. Außerdem umfassen sie einen Teil in dem praktische Übungen zum jeweiligen Krankheitsbild erlernt werden.<sup>92</sup>

Des Weiteren müssen, um die Anerkennung des BSV und somit die Abrechnung über Krankenkassen oder andere Kostenträger zu ermöglichen, weitere Rahmenbedingungen erfüllt werden. Dazu zählt, dass der Kurs kein dauerhaftes Angebot darstellen darf, außerdem dürfen, mit Ausnahme bei Herzsportgruppen (dort sind Ergometer erlaubt)

---

<sup>91</sup> Vgl. Dflv, [www.dflv.de](http://www.dflv.de), Zugriff v. 23.06.2014

<sup>92</sup> BVS Bayern, 2013, S.16-22

keine Geräte innerhalb des Trainings verwendet werden. Weitere Voraussetzung ist, dass die Angebote kostenlos zur Verfügung gestellt werden und über die Kostenerstattung der Krankenkassen finanziert werden. Eine Vereinsmitgliedschaft ist somit freiwillig.

Ärzte können ihren Patienten die Teilnahme an Rehasportangeboten verordnen, der normale Leistungsumfang beträgt im Regelfall 50 Übungseinheiten zwischen 45 und 60 Minuten, die innerhalb von 18 Monaten abgeleistet werden müssen. Bei besonderen Indikationen können auch 120 ÜE in 36 Monaten verordnet werden. Bei Herzsportgruppen liegt die Verordnung bei 90ÜE innerhalb von 24 Monaten, für Kinder und Jugendliche sogar bei 120 ÜE in 24 Monaten. Diese Angaben sind Richtwerte, die vom verschreibenden Arzt je nach Indikation auch angepasst werden können.<sup>93</sup> Bei einer Überschreitung des im Normalfall verordneten Rahmens ist im Einzelfall zu prüfen ob die Leistungen weiterhin notwendig und wirtschaftlich sind. Die Krankenkassen finanzieren in der Regel Rehabilitationssport solange, wie der Teilnehmer auf die fachliche Leitung des Übungsleiters angewiesen ist um die Ziele des Rehasports zu erreichen. (Vgl. Kapitel 4.3)<sup>94</sup>

Bekommt ein Patient eine Verordnung von seinem Arzt für die Teilnahme an einem Rehasportangebot muss er diese vor Beginn des Rehasportangebots bei dem Leistungsträger, meist Krankenkasse manchmal auch Pflege- oder Unfallkasse, einreichen und kann sich dann mit der Bestätigung der Kostenübernahme bei einem Sportverein für den entsprechenden Kurs anmelden. Der Verein kann nun mit dieser Bescheinigung die Kosten für die Stunden direkt bei der Krankenkasse abrechnen, dazu sind je nach Krankenkasse unterschiedliche Anwesenheitsformulare notwendig, die von den Teilnehmern nach jeder Kursstunde ausgefüllt werden müssen. Die Krankenkasse übernimmt je nach Krankheitsbild für eine Diabetessportstunde z.B. fünf Euro Kosten, für Herzsportgruppen sieben Euro. Ein Mitgliedsbeitrag für den anbietenden Sportverein wird nicht zusätzlich übernommen.<sup>95</sup>

---

<sup>93</sup> Vgl. DBS, 2010

<sup>94</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, 2011, S 5-6

<sup>95</sup> Vgl. Oechsner, 26.05.2014

## 7 Befragung

Welchen Nutzen Rehasportabteilungen innerhalb des Vereinswesens haben soll im folgenden Kapitel anhand der Auswertung verschiedener Daten der Rehasportgruppe des TSV Solln dargestellt werden. Im Speziellen soll hier die Diabetessportgruppe betrachtet werden. Dazu wurde zunächst die Übungsleitung der Diabetessportgruppe in einem persönlichen Gespräch zu ihren Eindrücken und ihrer Meinung befragt. Daraufhin wurde ein Fragebogen erstellt, den die Teilnehmer der Diabetessportgruppe im Rahmen einer ihrer Sportstunden ausfüllten. Abschließend wurde, um die Sichtweise aus der Perspektive des Vereins darstellen zu können, noch die Geschäftsstellenleitung des TSV Solln in einem persönlichen Gespräch befragt.

Ziel der Befragungen war es die Vor- und Nachteile, die die Durchführung einer Diabetessportgruppe im Vereinsumfeld mit sich bringt, aus verschiedenen Blickwinkeln darstellen zu können um daraus den Schluss ziehen zu können ob sich die Durchführung insgesamt lohnt und/oder ob es für einen oder mehrere der daran beteiligten Partner keinen Nutzen gibt.

### 7.1 Vorstellung Rehasportabteilung des TSV Solln München e.V.

Der TSV Solln e.V. ist ein im Jahre 1931 gegründeter Sportverein im Süden von München. Im Jahr 2013 hatte der Verein knapp 2800 Mitglieder, davon über zwei Drittel Kinder und Jugendliche. Er zählt damit zu einem der 20 größten Sportvereine Münchens. Derzeit bietet er elf verschiedene Sportabteilungen an, darunter auch die im Jahr 2005 gegründete Rehasportabteilung, die im Moment zwei verschiedenen Rehabilitationssportangebote anbietet, eine Diabetessportgruppe und eine Herzsportgruppe, die jeweils ein Mal wöchentlich stattfinden.<sup>96</sup>

Die Diabetessportgruppe des TSV Solln war das erste Angebot, das seit 2005 angeboten wird. Geleitet wird diese Sportgruppe seit Beginn von der Gymnastiklehrerin Verena Oechsner die zusätzlich noch die Übungsleiterscheine-B-Rehabilitation im Bereich Diabetes und Herzsportgruppen besitzt. Derzeit nehmen an der einmal wöchentlich montags von 9:30 bis 11:00 Uhr stattfindenden Diabetessportgruppe 16 Personen im Alter zwischen 59 und 81 Jahren teil.<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> Vgl. Förster, 05.06.2014

<sup>97</sup> Vgl. Oechsner, 26.05.2014

Inhalte einer Diabetessportstunde sind immer die Komponenten Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit bzw. Entspannung. Eine Sportstunde läuft im Normalfall wie folgt ab: Zunächst wird nach einem immer gleich ablaufenden kurzen Aufwärmprogramm ein 20 minütiges Ausdauerprogramm durchgeführt, bei dem die Teilnehmer versuchen sollen ihren Puls unter 100 Schläge pro Minute zu halten. Dieses kann z.B. zügiges Gehen durch den Raum mit auf Kommando ausgeführten Bewegungsübungen sein. Anschließend werden verschiedene Kräftigungsübungen ausgeführt. Diese werden entweder in Form eines Zirkeltrainings oder mit Übungen in gesamter Gruppe durchgeführt. Dabei ist immer darauf zu achten, dass es verschiedene Schwierigkeitsstufen der Übungen gibt, damit sie an den jeweiligen Trainings- und Gesundheitszustand des Teilnehmers angepasst werden können. Abgeschlossen wird die Stunde entweder mit Beweglichkeitsübungen oder Übungen zur Entspannung. Dieses kann z.B. durch Vorlesen einer kurzen Geschichte erfolgen. Wichtig ist bei allen Übungen, dass man bei der Übungsauswahl darauf achtet, dass sich die Teilnehmer ernstgenommen fühlen und nicht zu sehr an den früheren Schulsport erinnern. Anschließend haben die Teilnehmer noch die Möglichkeit sich gegenseitig über verschiedene Erfahrungen mit ihrer Krankheit oder ganz allgemein untereinander oder auch mit der Übungsleitung auszutauschen. Normalerweise werden noch vor und nach dem Sport gemeinsam die Blutzuckerwerte gemessen. Da die Gruppe aber von 9:30 bis 10:30 Uhr stattfindet und somit alle Teilnehmer bereits gefrühstückt haben und schon vor dieser Mahlzeit ihren Nüchtern Blutzuckerspiegel gemessen haben, fällt dieser bei dieser speziellen Sportgruppe inzwischen weg, da sie alle auch schon länger an dem Sportprogramm teilnehmen und ihre Blutzuckerreaktion auf diese Form der Belastung kennen.<sup>98</sup>

## **7.2 Auswertung der Befragung**

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der drei unterschiedlichen Befragungen dargestellt werden und daraus der Nutzen der Diabetessportgruppe des TSV Solln ermittelt werden.

### **7.2.1 Auswertung der Teilnehmerbefragung**

Bei der Befragung handelt es sich nur um eine kleine Gruppe von sieben Teilnehmern die jedoch sehr heterogen ist, da sie aus Männern und Frauen im Alter zwischen 59 und 81 besteht, die an Typ 1 und Typ 2 Diabetes erkrankt sind. Außerdem nehmen sie schon zwischen zehn und einem Jahr an einer Diabetessportgruppe teil. Desweiteren befinden sich in der befragten Gruppe Teilnehmer mit und Teilnehmer ohne ärztliche

---

<sup>98</sup> Vgl. Oechsner, 26.05.2014

Verordnung. Lediglich die Vereinsmitgliedschaft und, dass sie von ihrem Hausarzt oder Diabetologen auf die Sportgruppe aufmerksam gemacht wurden, haben alle der Befragten gemein.<sup>99</sup>

Bei der Befragung gaben alle Teilnehmer als positiven Aspekt der Diabetessportgruppe die Gesellschaft und das Gemeinschaftserlebnis an. Auch die positive Atmosphäre wurde mehrfach als Grund genannt warum man gerne daran teilnimmt. Außerdem nannten die Befragten noch die gute Betreuung und die sinnvolle Zusammenstellung der Übungen und den Stundenaufbau als positive Aspekte.<sup>100</sup>

An Wirkungen, die sie durch die Teilnahme an der Sportgruppe bei sich selber feststellen konnten, gaben 90% der Teilnehmer an sich insgesamt körperlich fitter zu fühlen und beweglicher geworden zu sein. Auch wurde von einem Teilnehmer eine messbare Verbesserung seines HBA1c Wertes (Langzeitzuckerwert) auf unter 7 als positive Auswirkung der Teilnahme an dem Sportprogramm genannt.<sup>101</sup>

Bei den positiven und negativen Aspekten der Durchführung der Diabetessportgruppe im Rahmen eines Sportvereins gaben drei Teilnehmer an weder Vor- noch Nachteile feststellen zu können. Als Vorteile wurde mehrfach die Nutzung der vereinseigenen Halle genannt und deren Ausstattung. Zudem sei die gesamte Organisation über den Sportverein gut gelaufen. Auch als positiv im Zusammenhang mit der Durchführung über den Verein wurde das Argument der Wohnortnähe und guten Erreichbarkeit genannt.

Als negativ empfinden einige Teilnehmer jedoch, dass die Halle für sie nicht optimal ausgestattet sei. So befinden sich die Umkleiden im Keller und sind auf Grund des oft defekten Lifts für sie sehr schwer zu erreichen. Außerdem nannte ein Teilnehmer auch, dass es Probleme mit den Vereinsvorsitzenden im Zusammenhang mit der Nutzung der Halle gäbe und insgesamt die Kontrolle durch den Vereinsvorsitzenden als störend und unangenehm empfunden wird. Negativ empfand ein Teilnehmer auch, dass die Kosten durch die Zusammenarbeit mit dem Verein deutlich höher ausfallen als wenn die Diabetessportgruppe eigenständig organisiert würde.<sup>102</sup> Hierbei muss angefügt werden, dass es sich dabei um die Meinung eines Teilnehmers handelt, der an dem Diabetessportkurs ohne ärztliche Verordnung teilnimmt und somit zusätzlich zum Vereinsbeitrag auch die Kosten, die normalerweise die Krankenkassen übernehmen, tragen muss. Allgemein ist jedoch die Mehrheit der Teilnehmer bereit auch einen Eigenanteil

---

<sup>99</sup> Vgl. Anhang 4

<sup>100</sup> Vgl. Anhang 4

<sup>101</sup> Vgl. Anhang 4

<sup>102</sup> Vgl. Anhang 4



der Kosten für eine Sportstunde bis hin zu einer Höhe von 50 Euro pro Jahr zusätzlich zum Mitgliedbeitrag zu übernehmen.

### **7.2.2 Auswertung der Übungsleiterbefragung**

Aus Sicht der Leiterin der Sportgruppe ergeben sich folgende positiven so wie negativen Aspekte der Rehasportgruppe im Zusammenhang mit der Durchführung innerhalb eines Vereins.

Positiv sei an der Zusammenarbeit mit dem Verein, zunächst einmal das dieser die Anerkennung der Rehasportgruppe überhaupt erst ermöglicht, da die Mitgliedschaft im BVS als Voraussetzung für die Anerkennung gilt. Außerdem bietet die Nutzung der vereinsinternen Halle in ihren Augen einen großen Vorteil. Positiv ist auch, dass Teile der Verwaltungsarbeit durch die Geschäftsstelle des Vereins abgenommen werden. Außerdem gibt sie das Entgegenkommen des Vereins bei den Mitgliedsbeiträgen als positiv an. Des Weiteren funktioniert die Zusammenarbeit beim TSV Solln aus ihren Augen sehr gut.

Als negativ sieht sie hingegen den langwierigen Anerkennungsprozess der Diabetessportgruppe über drei Jahre hinweg. Die Ausbildung stellt zum einen durch ihren zeitlichen Umfang eine Hürde da, aber auch dadurch, dass es zwischen den verschiedenen Verbänden unterschiedliche Regelungen was Voraussetzungen und Inhalte betrifft gibt. Auch die Auffrischkurse, die man alle zwei bis vier Jahre je nach Profil absolvieren muss, stehen nicht in Relation zu der Vergütung, die man als ehrenamtlicher Übungsleiter erhält und wie es von den Verbänden gewünscht wird.

Der Verwaltungsaufwand hingegen ist sehr hoch, da die verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Formulare zur Abrechnung verlangen. Zudem sei eine Kostendeckung allein aus den Beiträgen der Krankenkassen fast unmöglich. Da diese nur gezahlt werden für Stunden bei denen der Teilnehmer auch wirklich anwesend war, da es sich hierbei aber um Menschen mit Erkrankungen handelt, die oft aus gesundheitlichen Gründen nicht an jeder Kursstunde teilnehmen können führt das zu Problemen, da die Fixkosten wie Hallenmiete und Übungsleiterentlohnung trotz schwankender Teilnehmerzahl gleich bleiben. Vom Verein wird jedoch erwartet, dass die Abteilung keine Kosten verursacht und sich selber tragen muss.

Ein Problem stellt zudem noch da, dass viele der Teilnehmer nach Ablauf ihrer Verordnung keinen weiteren Sportangebote im Rahmen des TSV Solln wahrnehmen. Einzig ein großer Teil finanziert sich nach Ende der Verordnung selbst die Teilnahme an der Rehasportgruppe.

### **7.2.3 Auswertung der Vereinsvertreterbefragung**

Aus Sicht des Vereins ist zum einen durch die Rehasportabteilung eine weitere Zielgruppe für den Verein hinzugekommen, dessen Fokus sonst vor allem im Kinder- und Jugendsport liegt. So wurden durch die Diabetessportgruppe ausnahmslos neue Teilnehmer gewonnen, die davor noch keine Mitglieder im TSV Solln waren. Auch bei anderen Rehasportgruppen sind hauptsächlich vereinsfremde Teilnehmer gewonnen worden.

Außerdem bekommt der Verein durchwegs positives Feedback sowohl zur Zusammenarbeit mit Ärzten als auch zur Kursleitung.

Probleme aus Vereinssicht sind zum einen auch die komplizierte und langwierige Anerkennung der Rehasportprogrammes.

Außerdem stellt es ein Problem dar, dass die Erstattungen der Krankenkassen erst nach dem gesamten Verordnungszeitraum ausbezahlt werden. Da dieser meist länger als zwölf Monate ist, ist eine Jahresbudgetplanung sehr schwierig. So habe man in einem Jahr oft ein hohes Defizit innerhalb der Rehasportabteilung, im Jahr darauf, wenn die Erstattungen der Krankenkassen fällig werden, hingegen einen Überschuss. Dies stellt vor allem kurz nach der Einführung der Rehasportabteilung eine große Herausforderung dar, da die Defizite durch andere Vereinsgelder ausgeglichen werden müssen.

Da die Anerkennung der Rehasportgruppe voraussetzt, dass kein Zwang zum Abschluss einer Mitgliedschaft besteht, stößt man im ersten Moment bei den Teilnehmern der Rehasportangebote oft auf Unverständnis warum man dennoch dem Verein beitreten solle.

### **7.2.4 Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es zunächst einmal für die Durchführung der Diabetessportgruppe beim TSV Solln überwiegend positive Aspekte gibt, da alle Teilnehmer eine Verbesserung ihres Gesundheitsbefindens oder sogar messbare Erfolge ihres Gesundheitszustands feststellen konnten und auch die Übungsleitung eine positive Entwicklung feststellen konnte.

Auch bietet der Rahmen des Sportvereins mehr Vorteile als Nachteile, vor allem was die Nutzung der Vereinssporthalle und die schon vorhandenen organisatorischen Strukturen betrifft.

Einzig die finanzielle Umsetzbarkeit der Rehasportgruppe stellt ein Problem dar. Da die Kostendeckung allein durch die von der Krankenkasse erstatteten Teilnehmerbeträge nicht ausreichend ist, ist der Verein darauf angewiesen, dass zumindest ein Teil der Kursteilnehmer auch Mitglied im Verein wird.

Ein weiteres Problem, das hier im Zusammenhang mit der Diabetessportgruppe noch sichtbar wird, jedoch nicht direkt den Nutzen dieser betrifft, ist , dass etwa die Hälfte aller Teilnehmer der Diabetessportgruppe diese nach Ablauf ihrer Verordnung auf eigene Kosten weiterhin besuchen. Das lässt zum einen darauf schließen, wie zufrieden sie mit der Sportgruppe und den Verbesserungen sind, zum anderen kann man daran aber auch erkennen, dass es kein passendes weiterführendes Angebot innerhalb des Vereins gibt, an dem die Teilnehmer nach Ablauf ihrer Verordnung teilnehmen können bzw. wollen. Dies ist jedoch ein Ziel des Rehasports, dass man auch nach Ablauf der Verordnung innerhalb anderer Angebote an die gesundheitsfördernde Wirkung des Sports anknüpft.

## 8 Übertragung der Ergebnisse auf den gesamten Rehasport

Da anhand der in Kapitel 7 durchgeführten Befragung nur der Nutzen einer einzelnen Sportgruppe dargestellt werden konnte, sollen im Folgenden die anhand der Diabetessportgruppenbefragung des TSV Solln gewonnen Erkenntnisse mit zur Hilfenahme zusätzlicher Daten der Nutzen des Gesundheits- und Rehasports im Gesamten ermittelt werden. Zunächst sollen auch hier die Vor- und Nachteile, die der Gesundheits- und Rehasport den Teilnehmern bietet, dargestellt werden. Im Folgenden werden die Aspekte der Vereine und zuletzt die der gesamten deutschen Bevölkerung/ bzw. des Gesundheitswesens im Allgemeinen aufgezeigt.

### 8.1 Betroffene Teilnehmer

Der größte Nutzen für die Teilnehmer an Rehasportprogrammen ist in erster Linie die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Da dies auch eins der Kernziele des Gesundheitssports und somit auch des Rehasports ist steht dies im Mittelpunkt aller angebotenen Kurse. Die Bestimmungen, dass die Gruppe von speziell ausgebildeten Übungsleitern geleitet wird und zudem noch ärztlich begleitet wird stellen eine fachgerechte Betreuung sicher. Diese fachliche Betreuung aber auch die feststehende Gruppe ist Grundlage dafür, dass sich innerhalb des Kurses ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln kann, das eine Vertrauensbasis schafft. So können sich die Teilnehmer auch über ihre Probleme, die sie mit der Krankheit haben, austauschen und fachliche Beratung bekommen. Auch spielt das Gemeinschaftsgefühl bei der Motivation der Teilnehmer eine große Rolle. Da wie in Kapitel 4.2 beschrieben ein langer Prozess der dauerhaften gesundheitssportlichen Betätigung vorweggeht und dieser sehr durch das Umfeld bestimmt wird ist auch hier ein positives Gruppenerlebnis von Vorteil.

Im Vergleich zu Angeboten, die außerhalb des Vereins stattfinden, bietet das Vereinsumfeld zum einen den Vorteil, dass auch nach Beendigung des Kurses weiterhin die Möglichkeit zur Teilnahme an verschiedenen Sportangeboten besteht. Da diese dann in dem durch die Rehasportgruppe bekannten Umfeld stattfindet, ist keine so große Überwindung notwendig als wenn man sich in einem fremden Umfeld zurechtfinden muss. Zudem ist ein Ziel der Sportvereine in Deutschland, Sport für jeden bezahlbar zu machen, so gewähren 70% der Vereine Ermäßigungen für Rentner. Bei der Hälfte aller Sportvereine in Deutschland liegt der monatliche Preis für die Mitgliedschaft im Sportverein bei maximal 6 Euro für einen Erwachsenen.<sup>103</sup> Dies ermöglicht den Teilnehmern

---

<sup>103</sup> Breuer/Feiler, 2012, S. 1

auch nach Ende ihrer Verordnung kostengünstig an Sportprogrammen teilnehmen zu können.

Weiter ist bei der Teilnahme an Rehasportangeboten innerhalb eines Vereins ein Vorteil, dass sich diese meist in Wohnortnähe befinden und für die Teilnehmer somit leicht erreichbar sind.

Auch positiv auf die Durchführung in Zusammenarbeit mit einem Verein ist, dass kein so großer Krankheitseindruck entsteht wie wenn die Rehasportmaßnahme z.B. in einer Physiotherapiepraxis durchgeführt wird. So wird der sportliche Charakter des Rehasports noch mehr erhalten und die Teilnehmer werden nicht durchgehend an ihre Krankheit erinnert.

Dieser Aspekt kann von manchen Teilnehmern jedoch auch genau entgegengesetzt wahrgenommen werden. So können sie sich in der sportlichen Umgebung unwohl fühlen, wenn sie den Eindruck erhalten, dass alle anderen um sie herum fitter und gesünder sind. Auch kann es sein, dass sich Menschen in der manchmal doch sehr eigenen Vereinsstruktur nicht wohlfühlen und lieber einen abgeschlosseneren Rahmen für die Durchführung des Rehasportangebots wünschen.

Ein weiterer negativer Aspekt aus Sicht der Teilnehmer kann sein, dass viele Sportvereine trotz eigentlich freiwilliger Vereinsmitgliedschaft den Teilnehmer das Gefühl geben diese doch abschließen zu müssen. Damit entstehen für die Teilnehmer höhere Kosten als bei Angeboten die nicht im Vereinsrahmen stattfinden.

## 8.2 Verein

In den letzten Jahren ist es innerhalb des Sports zu einer Veränderung der Sportnachfrage gekommen, eine Differenzierung der Zielgruppe ist wichtiger geworden und die Konkurrenzangebote gegenüber den Vereinen sind angewachsen.<sup>104</sup>

Im Sportentwicklungsbericht 2011/2012, der von vom Staatsministerium für Sport in Zusammenarbeit mit der Sporthochschule Köln und dem DOSB durchgeführt wurde, und die Situation der Sportvereine in Deutschland darstellen soll, wurden die Sportvereine in Deutschland unter anderem nach ihren größten Problemen befragt. Dabei fallen unter die fünf größten Probleme, die es aus Sportvereinsicht gibt, auch drei, die im Zusammenhang mit Rehasportabteilungen eine Rolle spielen können. So nannten die Vereine als größtes Problem die Bindung und Gewinnung von Funktionsträgern, auf Platz drei die Bindung und Gewinnung von Übungsleitern und Trainern und auf Platz

---

<sup>104</sup> Vgl. DOSB, [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 22.06.2014

fünf die Bindung und Gewinnung von Mitgliedern. Weitere Probleme, die bei den Sportvereinen auftreten und im Zusammenhang mit Rehasport im Verein stehen, werden später noch erwähnt und näher betrachtet.

Zunächst einmal soll das Problem der Gewinnung und Bindung von Mitgliedern näher betrachtet werden, da dieses durch das Angebot von Rehasportabteilungen positiv beeinflusst werden kann. Grund dafür, dass die Vereine immer größere Probleme bei der Gewinnung und Bindung von Mitgliedern haben, ist zum einen der Demografische Wandel in Deutschland. Vor allem im Hinblick darauf, dass die Bevölkerung immer älter wird und weniger Junge nachkommen. So hat seit 1972 die Sterberate die Geburtenrate überholt. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren noch weiter fortentwickeln, so dass nach einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes, im Jahr 2060 34% der Deutschen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sind. Im Jahr 2008 waren es in dieser Altersgruppe hingegen erst 20%. (Vgl. Abb 3) Im Moment sind jedoch die meisten Mitglieder in Sportvereinen zwischen sieben und 26 Jahren<sup>105</sup> und viele Sportvereine geben an, dass die Bedeutung innerhalb der Vereine Sport für ältere Personen anzubieten in den letzten Jahren abgenommen hat.<sup>106</sup>

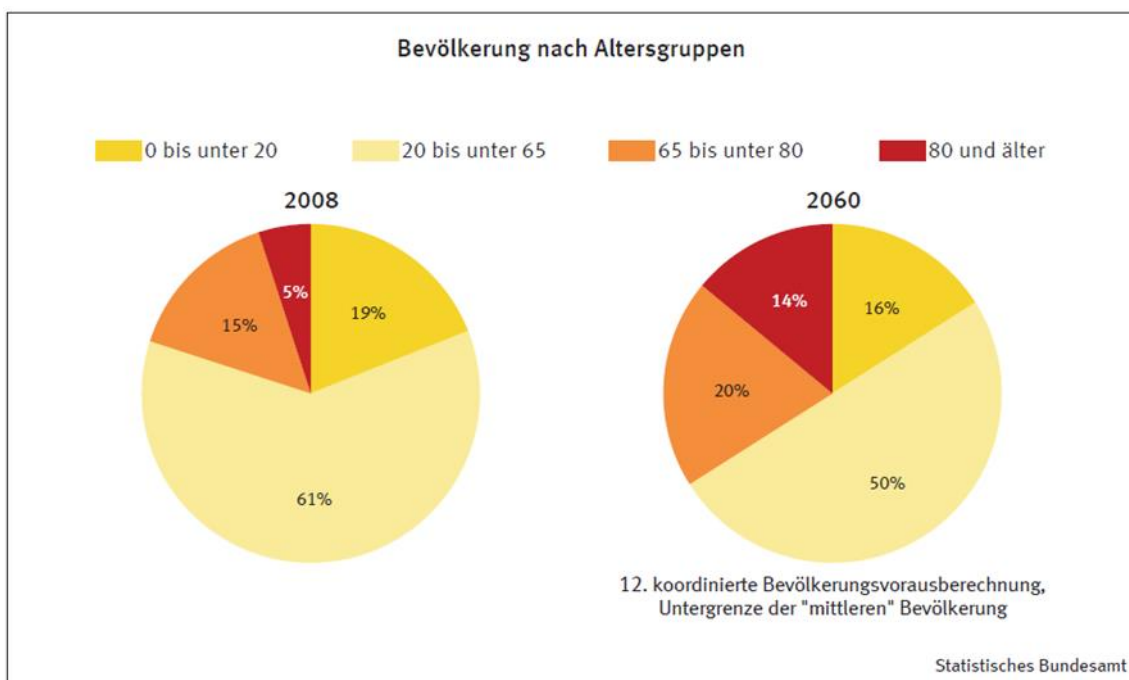


Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen<sup>107</sup>

<sup>105</sup> Vgl. Statista, [www.statista.de](http://www.statista.de), Zugriff v. 23.06.2014

<sup>106</sup> Vgl. Breuer/Feiler, 2012, S. 2-3

<sup>107</sup> Statistisches Bundesamt, 2009, S. 16

Ein weiteres Problem im Bereich der Mitgliederbindung stellt außerdem der Ausbau der Ganztageseschulen sowie das achtjährige Gymnasium dar. Viele Vereine sehen darin die Gefahr Mitglieder zu verlieren, da immer weniger Kinder und Jugendliche nachmittags Zeit für Sport haben.<sup>108</sup>

Zudem kommt als weiterer Grund hinzu, dass vor allem durch das Konkurrenzangebot von Fitnessstudios, die sich immer mehr verbreiten, die Attraktivität der Angebote der Sportvereine bei vielen Menschen abnimmt. Die meisten Fitnessstudios haben ihr Angebot neben dem Gerätetraining vermehrt auch auf Kursprogramme erweitert, die geführten Sportstunden sehr ähnlich kommen. Viele Menschen zwischen Mitte 20 bis in das Rentenalter nehmen immer seltener die Sportangebote innerhalb der Vereine wahr, da sie oft berufsbedingt ihren Wohnort wechseln und sich deshalb nicht jedes Mal neu in einen Verein einfinden wollen. Auch Menschen, die unregelmäßige Arbeitszeiten haben und sich somit nicht immer einen festen Termin in der Woche, an dem das Angebot des Sportvereins stattfindet, freihalten können, nehmen lieber die flexibleren Angebote von Fitnessstudios in Anspruch oder treiben Freizeitsport außerhalb eines organisierten Rahmens.

Den zwei letzteren Punkten kann man mit Hilfe der Rehasportangebote nicht direkt entgegenwirken, man kann jedoch versuchen die dadurch verlorenen Mitgliederzahlen mithilfe der Gewinnung von einer neuen Zielgruppe abzufangen. Hier spielt der demografische Wandel eine Rolle, den die Sportvereine als eine Chance nutzen können. Da ältere Menschen, im Vergleich zu der bis jetzt vermehrt angesprochenen, jüngeren Zielgruppe, deutlich häufiger an Krankheiten leiden, bietet diese neue Zielgruppe die Möglichkeit mit einem angepassten Angebot im Bereich des Rehasports neue Mitglieder für den Verein zu gewinnen. Des Weiteren werden durch dieses neue Angebot auch Menschen angesprochen, die sich im Normalfall nicht für die Angebote der Sportvereine interessieren, da sie entweder nicht gerne Sport betrieben haben oder mit der Vereinsstruktur an sich nichts anfangen konnten. Dadurch, dass sich die Angebote des Rehasports gezielt an Personen richten, die durch gesundheitliche Einschränkungen keinen normalen Sport betreiben können, ist es somit auch Menschen die nicht auf einem bestimmten Fitnesslevel sind, möglich an diesen Kursen teilzunehmen.<sup>109</sup> Ein weiterer Punkt der bei der Gewinnung von Mitgliedern im Rahmen der Rehasportangebote eine Rolle spielt ist die Gewinnung von Frauen als Mitgliedern. Derzeit sind nur etwa 40% der Vereinsmitglieder Frauen.<sup>110</sup> Jedoch leiden mindestens genauso viele

---

<sup>108</sup> Vgl. Breuer/Feiler, 2012, S. 11

<sup>109</sup> Vgl. Oechsner, 26.05.2014

<sup>110</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Zentrales Datenmanagement, 2013, S. 335

Frauen wie Männer an Krankheiten, die durch gezielte Rehasportangebote verbessert werden können.

Neben der direkten Gewinnung von neuen Mitgliedern für sein Rehasportprogramm durch die Erschließung einer neuen Zielgruppe kann der Verein auch durch die Mund zu Mund Propaganda von zufriedenen Teilnehmern der Rehasportangebote Interessenten für andere Sportangebote gewinnen. Zudem kann das Ansehen und die Attraktivität des Vereins insgesamt durch Angebote im Vereins- und Gesundheitssportsektor im Vergleich zu anderen Sportvereinen gesteigert werden. Dies kann vor allem durch die Qualitätssiegel, die es im Bereich des Gesundheitssports und zum Teil auch im Bereich des Rehasports gibt, erreicht werden.<sup>111</sup> Dieses Qualitätsmerkmal kann auch für Interessenten, die nicht in die Zielgruppe des Reha- bzw. Gesundheitssport fallen, Grund sein sich für einen bestimmten Verein zu entscheiden in Hinblick auf ihre eventuell in Zukunft zu erwartenden gesundheitlichen Einschränkungen.

Die beiden weiteren, oben genannten Probleme, Bindung und Gewinnung von Funktionsträgern sowie die Bindung und Gewinnung von Übungsleitern und Trainern, können zusammengefasst werden. Jedoch bedeuten diese im Bereich des Rehasports eher eine Gefahr und stellen somit einen Grund dar, der gegen die Durchführung und Einführung von Rehasportangeboten in Vereinen spricht. Insgesamt geht die Bereitschaft innerhalb Deutschlands zurück sich ehrenamtlich zu betätigen. Dieser Trend wirkt sich auch auf die Vereine aus. Da die Mehrzahl aller Sportvereine jedoch rein ehrenamtlich organisiert ist besteht hier die Gefahr, wenn schon für den normalen Sportbetrieb keine Verantwortlichen gefunden werden, dass die Bereitschaft eine zusätzliche Belastung durch den Mehraufwand, den die Einführung und Durchführung solcher unter Qualitätsstandards stehender Programme mit sich bringt, auf sich zu nehmen sehr gering ist. Schon allein der Prozess vom Antrag bis hin zur Genehmigung der Rehasportgruppe ist oft sehr langwierig und mit viel Arbeitsaufwand verbunden. Auch verlangt nach erfolgter Genehmigung die Durchführung einer Rehasportgruppe im Vergleich zu anderen Sportangeboten einen erhöhten Organisations-, sowie Verwaltungsaufwand. Grund dafür ist vor allem die Abrechnung über die Krankenkassen, sowie die Planung, da es sich bei den Rehasportangeboten nicht um ein fortlaufendes Angebot handelt sondern abgeschlossene Kurse organisiert werden müssen.<sup>112</sup>

Zu dem Problem der Gewinnung von Funktionsträgern und Übungsleitern insgesamt, kommt bei Rehasportgruppen noch dazu, dass bei bestimmten Angeboten, wie Herzsportgruppen, ein Arzt während der gesamten Belastungszeit anwesend sein muss.

---

<sup>111</sup> Vgl. DOSB(5), [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de), Zugriff v. 19.06.2014

<sup>112</sup> Vgl. Förster, 05.06.2014



Dies kann vor allem in ländlichen Regionen, in denen oft sowieso schon ein Ärztemangel besteht, zu einem großen Problem werden.<sup>113</sup>

Ein weiteres Problem, das viele Sportvereine in Deutschland haben, ist die eigenständige Finanzierung. Etwa jeder fünfte Verein hat eine negative Einnahmen-Ausgaben Rechnung zum Jahresende.<sup>114</sup> Da viele Vereine generell mit finanziellen Problemen zu kämpfen haben, stellen Rehasportabteilungen sie vor eine zusätzliche Herausforderung. Die Vereine geben im Durchschnitt am meisten Geld für die Bezahlung von Trainern, Übungsleitern und Sportlehrern aus.<sup>115</sup> Diese Kosten fallen im Bereich des Rehasports meist überdurchschnittlich hoch aus, da die Leiter der Kurse aufgrund ihrer speziellen Ausbildung oft nicht bereit sind diese Gruppen ehrenamtlich zu leiten und somit eine höhere Bezahlung einfordern. Ein Grund dafür ist, dass viele der Übungsleiter im Gesundheitssportbereich diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben.<sup>116</sup>

Ein weiteres Problem, das sich im Zusammenhang mit der Finanzierung ergibt ist, dass die Krankenkassen das Geld für die Teilnahme an den Kursen erst nach Ablauf der Verordnung an den Verein zurückerstatten. Das bedeutet, dass oft über ein Jahr lang die Kosten, die durch die Rehasportgruppen entstehen, vom Verein komplett getragen werden müssen und die Abteilungen in einem Jahr oft mit einem negativen Bilanzergebnis das Jahr abschließen. Wenn jedoch dann im nächsten Jahr die Verordnungen von vielen Teilnehmern auslaufen fließt eine größere Summe auf das Abteilungskonto. Somit ist gerade in der Anfangsphase eine Budgetplanung sehr schwierig.<sup>117</sup>

Zusätzlich zu diesen Problemen kommt, dass die Zuzahlungen der Krankenkassen oft nicht ausreichen eine Rehasportgruppe kostendeckend anzubieten. Ein Grund dafür ist, dass die Krankenkassen nur für jede besuchte Kursstunde den Beitrag zahlen, da es sich aber bei den Teilnehmern um Menschen mit Vorerkrankungen handelt, können diese häufig nicht jede Woche an den Sportstunden teilnehmen. Die Fixkosten, wie Übungsleitervergütung und Hallenmiete, bleiben aber unabhängig von der Teilnehmerzahl gleich hoch. Weiterer Grund dafür ist, dass eine der Anerkennungsvoraussetzungen ist, dass die Mitgliedschaft für die Kursteilnehmer im Verein freiwillig ist. So müssen die Vereine hier entweder Überzeugungsarbeit leisten und die Teilnehmer zu einer Mitgliedschaft im Verein bewegen oder auf andere Weise Kosten bei der Durchführung einsparen. Es gibt hier jedoch zusätzlich noch bei einer negativen Gesamtfi-

---

<sup>113</sup> Vgl. Mock, [www.derwesten.de](http://www.derwesten.de), Zugriff v. 18.06.014

<sup>114</sup> Vgl. Breuer/ Feiler, 2012, S.33

<sup>115</sup> Vgl. Breuer/ Feiler, 2012, S.30

<sup>116</sup> Vgl. Oechsner/ Förster, 26.05./05.06.2014

<sup>117</sup> Vgl. Förster, 05.06.2014

finanzierung einer Rehasportgruppe die Möglichkeit einen Zuschuss über den „Bayerischen Landesplan für Menschen mit Behinderung“ zu erhalten.<sup>118</sup>

### 8.3 Gesundheitssystem, Krankenkassen

In diesem Kapitel sollen die allgemeinen Gründe die für oder gegen Rehasport im Verein sprechen dargestellt werden und vor allem auf den Nutzen im Bezug auf das Gesundheitssystem und die Krankenkassen eingegangen werden.

Viele Vertreter der Sportwissenschaft sehen die innere Dynamik die der Sport seiner Meinung nach besitzt als ungeeignet für Gesundheitsförderung. Da durch die Funktionalisierung des Sports als Gesundheitsangebot die kulturschöpferische, sowie persönlichkeitsentwickelnde Wirkungsweise des Sports dadurch verloren gehen kann.<sup>119</sup>

Außerdem stellt sich auch die Frage ob rein ehrenamtliche und selbstorganisierte Institutionen, wie es die Sportvereine sind über die Kompetenz verfügen Angebote die den Standards entsprechen über einen längeren Zeitraum anzubieten oder ob darunter die Qualität der Programme leidet.<sup>120</sup>

Gegen die Durchführung der Rehasportgruppen spricht, dass im Moment noch keine Qualitätskontrollen bei den Sportangeboten durchgeführt werden.<sup>121</sup>

Gegen das Argument der fehlenden Qualitätsprüfung spricht, dass zumindest in Bayern seit Januar 2014 das Siegel „Sport pro Reha in Bayern“ in Zusammenarbeit mit dem BVS Bayern und dem Bayerischen Sportärzteverband verliehen wird. Dieses wird zwar zunächst einmal nur an Rehasportgruppen mit der Indikation „Sport mit Osteoporose-Erkrankten“ verliehen, soll aber in Zukunft auch auf andere Krankheitsbilder erweitert werden.<sup>122</sup>

Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, fallen dem deutschen Gesundheitssystem jährlich 42 Milliarden Euro Kosten für die Behandlung von an Diabetes erkrankten Menschen an. Zahlen, dass sich Rehasportabteilungen und im konkreten Diabetessportgruppen auf diesen Wert positiv auswirken liegen nicht vor. Die wissenschaftlich belegbaren positiven Auswirkungen von Sport und Bewegung auf den an Diabetes erkrankten Patienten lassen jedoch darauf schließen, dass durch das regelmäßig stattfindende Bewegungs-

---

<sup>118</sup> DOSB(7), [www.dosb.de](http://www.dosb.de), Zugriff v. 23.06.2014

<sup>119</sup> Vgl. Schulke, 1997, S. 188

<sup>120</sup> Vgl. Schulke, 1997, S. 188

<sup>121</sup> Vgl. BVS Bayern(2), [www.bvs-bayern.com](http://www.bvs-bayern.com), Zugriff v. 21.06.2014.

<sup>122</sup> Vgl. BVS Bayern(2), [www.bvs-bayern.com](http://www.bvs-bayern.com), Zugriff v. 21.06.2014

angebot durch Sportvereine die durch Diabetespatienten verursachten Kosten gesenkt werden können. Vor allem die Folgeerkrankungen können dadurch reduziert werden. Dies bietet vor allem den Krankenkassen einen großen Vorteil da sie sich mit „gesünderen“ Diabetespatienten eine große Summe Geld sparen können. Auch kann man diesen positiven Effekt, der bei der Diabetessportgruppe entsteht, auch auf andere Krankheitsbilder übertragen.

Auch für die Krankenkassen liegen keine genauen statistisch ermittelten Zahlen vor, doch durch die oben genannten Gründe und zusätzlich dazu die Tatsache, dass die meisten Krankenkassen die Teilnahme an Kursen, die durch Rehasportabteilungen durchgeführt werden, bezuschussen, lassen darauf schließen, dass auch hier von einem positiven Kosten- Nutzen- Wert ausgegangen werden kann.

Dieser finanzielle Nutzen wird im Zusammenhang mit der Durchführung innerhalb von Sportvereinen noch einmal verstärkt, da in den Vereinen durch die hauptsächlich ehrenamtliche Arbeit eine große Wertschöpfung erreicht wird. Allein im Bereich der ehrenamtlichen Funktionsträger, die im Durchschnitt 15,4 Stunden pro Monat ehrenamtlich für den Verein tätig sind, erhält man eine jährliche Wertschöpfung von 2,25 Milliarden Euro.<sup>123</sup>

Einzig die Pharmaindustrie wird keinen Nutzen aus den Sportangeboten die der Prävention und Behandlung von Krankheiten dienen finden, da z.B. durch die regelmäßige Teilnahme eines Diabetikers dessen Bedarf an Insulin gesenkt werden kann. Auch bei anderen Krankheitsbildern kann man eine Verminderung der Medikamente oder sogar einen kompletten Verzicht auf Medikamente erreichen. Dies führt dazu, dass die Pharmaindustrie weniger Umsatz erzielt.

---

<sup>123</sup> Vgl. Breuer/ Feiler, 2011, S.6

## 9 Schluss

Abschließend soll das Fazit aus den Vergleichen gezogen werden und daraus Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Zum Abschluss wird noch ein Ausblick im Bereich des Rehasports gegeben..

### 9.1 Fazit

Wägt man nun die Argumente, die für und gegen Rehasportangebote im Rahmen des Vereinssports sprechen, ab, stellt man fest, dass die Argumente für den Nutzen von Rehasportgruppen gegenüber derer die keinen Nutzen in den Angeboten sehen überwiegen. So ist als Hauptnutzen die Verbesserung des Wohlbefindens und des Gesundheitszustands der Teilnehmer herauszustellen. Dieser stellt auch einen der Ziele des Rehasports dar, was somit durch die Angebote erreicht wird. Einen weiteren Nutzen stellt die Entlastung des Gesundheitssystems, vor allem durch die präventive Wirkung der Rehasportgruppen, dar. Kostenersparnisse, die die Gesamtwirtschaftslage in Deutschland positiv beeinflussen können, sind auf längere Sicht unerlässlich. Diese finanzielle Entlastung wird durch die Wertschöpfung aufgrund der überwiegend ehrenamtlichen Tätigkeiten innerhalb des Vereinswesens noch verstärkt. Zuletzt sollte man jedoch auch den Nutzen für die Sportvereine, die in Deutschland schon eine lange Tradition haben, nicht außer Acht lassen.

Zudem ist noch hinzuzufügen das in dieser Arbeit der Nutzen vermehrt auf Rehasport im Hinblick auf ältere Menschen eingegangen wurde, da aber auch immer mehr jüngere Menschen an Wohlstandskrankheiten, denen man mit Bewegung entgegenwirken kann, erkranken wird der Rehasport auch für diese Zielgruppe immer mehr an Bedeutung gewinnen.

### 9.2 Handlungsempfehlungen

Jedoch gibt es noch Verbesserungspotential im Hinblick auf die Durchführung von Rehasportgruppen im Vereinswesen.

So sollte zum einen der Aufwand in Hinsicht auf die Organisation und Durchführung der Rehasportgruppen minimiert werden. Dies könnte zum Beispiel zunächst einmal durch ein vereinfachtes Verfahren über die Dachverbände bei der Gründung/ Zulassung von Rehasportgruppen erfolgen.

Besonders wichtig ist jedoch auch, dass man eine Lösung für die finanzielle Belastung für die Vereine aber auch für die Teilnehmer findet. Dieses könnte zum Beispiel durch

mehr Zuschüsse von Bund und Ländern für Rehasportangebote umgesetzt werden oder durch höhere Kostenübernahmen der Krankenkassen. Auch wäre die Möglichkeit anzudenken Patienten mehr Verordnungen in Folge ausstellen zu können, oder insgesamt eine längere Verordnungsdauer in Betracht zu ziehen.

Auch sollte man den Fokus auf weiterführende Angebote legen, die es den Teilnehmern der Rehasportangebote ermöglichen auch nach dem Ende ihrer Verordnungen längerfristig ein Sportangebot des Vereins wahrzunehmen und somit die gewünschte Bindung an das Gesundheitssportverhalten zu erreichen.

### **9.3 Ausblick**

Abschließend lässt sich sagen, dass man neben den Rehasportgruppen auch das Angebot im Gesundheitssportbereich wieder mehr in den Fokus bringen sollte, da viele der Krankheiten, die später dann innerhalb der Rehasportgruppen behandelt werden, durch einen früheren Beginn mit Sport herausgezögert wenn nicht sogar verhindert werden können.

Es ist davon auszugehen, dass sich der Zusammenhang von Sport und Gesundheit in den nächsten Jahren noch weiter festigen wird und somit das Interesse an Sportangeboten im Bereich der Gesundheitsförderung steigen wird. Damit die Vereine davon profitieren können, müssen sie evtl. versuchen in verschiedenen Hinsichten moderner und aktueller zu werden und Lösungen zu finden, die die ehrenamtliche Tätigkeit im Vereinswesen wieder attraktiver machen und somit ein Fortbestehen der Sportvereinsstruktur in Deutschland gewährleisten.

## Literaturverzeichnis

### Literatur:

- Becker, P.: Gesundheit und Gesundheitsmodelle. In: Bös, K./ Brehm, W.: Handbuch Gesundheitssport, 2. Auflage, Schorndorf 2006, S. 31-41.
- Behrmann, R./ Weineck, J.: Diabetes und Sport, Erlangen 1992.
- Brehm, W./ Bös, K.: Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In: Bös, K./ Brehm, W. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssport, 2. Auflage, Schorndorf 2006, S. 7- 28.
- Brehm, W./ Janke, A./ Sygusch, R./ Wagner, P.: Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsprogrammen. Weinheim und München 2006.
- Dietz, M.: Sport vor 1870. In: Fahl-Dreger, A./ Tablinger, S./ Dietz, M./ Böck, M./ Hacke, S.: Sport, Spiel, Spaß, Eine Ausstellung zur Sportgeschichte des 19. Jh. Bis zum 21. Jh. in den Landkreisen Vechta und Diepholz, Syke 2013, S. 13-15.
- Hartmann, H.: Die Bedeutung von Turn- und Sportvereinen im Hinblick auf die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland – Vergangenheit und Gegenwart. In: Schulke, H.-J./ v. Troschke, J./ Hoffmann, A. (Hrsg.): Gesundheitssport und Public Health, Schriftreihe der ‚Deutschen Koordinationsstelle für Gesundheitswissenschaften‘ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 7, 1. Auflage, Freiburg 1997, S.13-16.
- Hauner, H.: Übergewicht und Metabolisches Syndrom. In: Schatz, H. (Hrsg.): Diabetologie kompakt, Grundlagen und Praxis, 3. Auflage, Berlin 2004, S.125-132.
- Heinemann, L/ Berger, M.: Insulintherapie. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000. S. 125-149.
- Kimmerle, R./ Abholz, H.-H.: Gestationsdiabetes. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000, S. 719-727.
- Kolb, H.: Ätiopathogenese, inkl. Genetik. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000, S. 247-252.
- Kronsbein, P./ Weyer, C./Berger, M.: Primäre Therapieformen: Ernährung, Muskellarbeit. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000. S. 464-477.
- Pauly, P.: Ausbildungs- und Informationskonzepte des DTB zum Gesundheitssport. In: Schulke, H.-J./ v. Troschke, J./ Hoffmann, A. (Hrsg.): Gesundheitssport und Public Health, Schriftreihe der ‚Deutschen Koordinationsstelle für Gesundheitswissenschaften‘ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 7, 1. Auflage, Freiburg 1997, S. 22-27.

- Pfeiffer, A.F.H.: Die verschiedenen Formen der Zuckerkrankheit und deren Genetik. In: Schatz, H. (Hrsg.): Diabetologie kompakt, Grundlagen und Praxis, 3. Auflage, Berlin 2004, S. 13-20.
- Pfister, G.: Sport war nicht immer gesund – Zum Wandel von Gesundheitskonzepten und Bewegungskulturen. In: Zentraleinrichtung Hochschulsport der Freien Universität Berlin (Hrsg.): Gesundheit und Bewegung im Dialog. Perspektiven für Hochschulen, Vereine und Kommune, Teil 1, Hamburg 1996, S. 201-227.
- Pfohl, M.: Patientenschulung – eine Grundlage der Diabetestherapie. In: Schatz, H.(Hrsg.): Diabetologie kompakt, Stuttgart 2004, S. 35 – 39.
- Pfohl, M./ Behre, A.: Erstmanifestation, klinisches Bild und Therapie des Typ-1-Diabetes. In: Schatz, H.(Hrsg.): Diabetologie kompakt, Stuttgart 2004, S. 63-74.
- Pfohl, M/ Schmüllig, R.M.: Diabetes, Sport und Reisen. In: Schatz, H.(Hrsg.): Diabetologie kompakt, Stuttgart 2004, S.358-368.
- Schulke, H.-J.: Der Verein als gesunder Lebensort-Die Gesundheitssportkonzeption des DTB. In: In: Zentraleinrichtung Hochschulsport der Freien Universität Berlin (Hrsg.): Gesundheit und Bewegung im Dialog. Perspektiven für Hochschulen, Vereine und Kommune, Teil 1, Hamburg 1996, S. 188- 200.
- Starke, A.A.R.: Physiologie des Kohlehydratstoffwechsels und Regulation der Glukosehomöostase. In: Berger, Michael (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000, S. 3-12.
- Weyer, C.: Muskularbeit/ Sport/Bewegungstherapie. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000, S. 203-215.
- Weyer, C./ Berger, M.: Sekundäre Therapieformen: Diät, Muskularbeit. In: Berger, M. (Hrsg.): Diabetes mellitus, 2. Auflage, München und Jena 2000, S.326-335.

#### Nachschlagwerke:

- Der Brockhaus von A-Z. In Drei Bänden: Sport, Band 3, Augsburg 2000, S.291.
- Pschyrembel: Rehabilitation, 259. Auflage, Berlin 2001, S. 1428.
- Röthig/ Becker/ Carl/ Kayser/Prohl (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon, Schorn-dorf 1992.

#### Internet:

- BVS Bayern(1): Rehasport. <http://www.bvs-bayern.com/Reha-Sport/> <http://www.bvs-bayern.com/Reha-Sport/>, Zugriff v. 20.06.2014.
- BVS Bayern(2): Siegel „Sport pro Reha in Bayern“. <http://bvs-bayern.com/Reha-Sport/Siegel/>, 2014, Zugriff v. 21.06.2014.

- Dflv: Übungsleiter B-Rehabilitationssport,  
[http://www.dflv.de/Uebungsleiter B Rehabilitationssport 149.html](http://www.dflv.de/Uebungsleiter_B_Rehabilitationssport_149.html), Zugriff v. 23.06.2014.
- DOSB(1): Sport und Gesundheit. <http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/wissenswertes/>, Zugriff v. 19.05.2014.
- DOSB(2): Kurzporträt des Deutschen Olympischen Sportbundes.  
<http://www.dosb.de/de/organisation/philosophie/kurzportraet-des-dosb/>, Zugriff v. 20.05.2014.
- DOSB(3): DOSB Sportentwicklung/ Breitensport,  
<http://www.dosb.de/de/sportentwicklung/ziele-aufgaben-konzepte/>, Zugriff v. 22.06.2014.
- DOSB(4): Rahmenrichtlinien für Qualifizierung im Bereich des Deutschen Sportbundes,  
<http://www.dosb.de/tr/sportentwicklung/bildung/ausbildung/rahmenrichtlinien/>, Zugriff v. 23.06.2014
- DOSB(5): Das Qualitätssiegel des organisierten Sports – SPORT PRO GESUNDHEIT,  
<http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/die-qualitaetssiegel/sport-pro-gesundheit/> Zugriff v. 19.05.2014.
- DOSB (6): Regionale Netzwerke Gesundheit, Bewegung und Umsetzung "Rezept für Bewegung",  
<http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/wissenswertes/innovationsfond/regionale-netzwerke-gesundheit-bewegung-und-umsetzung-rezept-fuer-bewegung/>, Zugriff v. 23.06.2014.
- DOSB(/): Kernziele für den Gesundheitssport.  
<http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/wissenswertes/kernziele-fuer-den-gesundheitssport/>, Zugriff v. 20.05.2014.
- Emperra: Statistiken und Krankheitskosten Diabetes mellitus.  
<http://www.emperra.com/de/krankenkassen/statistiken-und-krankheitskosten-diabetes-mellitus.html>, Zugriff v. 19.06.2014.
- Lindloff, K.: Neue Ansätze für die Diabetestherapie – Transplantation „verkapselter“ Inselzellen, [http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv\\_4171.htm](http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv_4171.htm), Zugriff v. 15.06.2014.
- Mihm, A: Neuer Rekord: Deutschland hat so viele Vereine wie nie zuvor.  
<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/menschen-wirtschaft/neuer-rekord-deutschland-hat-so-viele-vereine-wie-nie-zuvor-12288289.html>, Berlin 2013, Zugriff v. 21.05.2014
- Mock, L.: Rehasport in Schmallenberg in Gefahr,  
<http://www.derwesten.de/staedte/nachrichten-aus-meschede-eslohe-bestwig-und-schmallenberg/rehasport-in-schmallenberg-in-gefahr-id9242339.html>, 15.04.2014, Zugriff v. 18.06.2014.
- Pichleritsch, D: Diabetes Ratgeber. Typ 2: Wann wird es Zeit für Insulin?,  
<http://www.diabetes-ratgeber.net/Insulin/Typ-2-Wann-wird-es-Zeit-fuer-Insulin-76037.html>, 30.10.2013 , Zugriff v. 10.06.2014.



Statista: Anteil der Bevölkerung in Deutschland mit Mitgliedschaft in einem Sportverein 2013 nach Altersgruppen, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/215294/umfrage/sportvereine-mitgliedschaft-nach-altersgruppen/>, Zugriff v. 23.06.2014.

Robert Koch Institut: Diabetes mellitus, [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische Erkrankungen/Diabetes/Diabetes\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Diabetes/Diabetes_node.html), 2013, Zugriff v. 22.06.2014.

#### Persönliche Gespräche:

Oechsner, Verena (Leiterin Diabetessportgruppe, TSV Solln): Diabetessportgruppe, persönliches Gespräch, 26.05.2014.

Förster, Franziska (Geschäftsstellenleitung TSV Solln): Verwaltung im Verein im Besonderen der Rehasportabteilung, 05.06.2014.

#### Sonstige Quellen:

Breuer, C./ Feiler, S.: Sportvereine in Deutschland. Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland, Köln 2012.

BVS Bayern: Lehrgangsplan 2014, Übungsleiter Behindertensport, Übungsleiter Rehabilitationssport mit Schwerpunkten Orthopädie, innere Medizin, Neurologie, geistige Behinderung Sonderlehrgänge Zusatzausbildungen Fortbildungslehrgänge Lehrgänge zur Lizenzverlängerung, München 2013.

Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband: 29. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. April 1995, Berlin 2011.

DBS: Sportentwicklung. Wegweiser zum Rehabilitationssport: Eine Information für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, 1. Auflage, 2010.

DSB(1): Sport in Deutschland, Frankfurt, 2003.

DSB(2): Rahmenrichtlinien für Qualifizierung im Bereich des Deutschen Sportbundes, Köln 2005.

GKV Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V von 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin 2010.

Heidemann, C./ Du, Y./ Schubert I./ Rathmann, W./ Scheidt-Nave, C.: Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 27.05.2013, S. 668-677.

- Klerer, R.: Krafttraining sehr gut für Typ-2-Diabetiker. In: Diabetes-Journal 10/2007. S.40-45.
- Köster, I./ v. Ferber, L./ Hauner, H.: Die Kosten des Diabetes mellitus -Ergebnisse der KoDiM-Studie, 2005.
- Kurz, D.:Vom Sinn des Sports. In: DSB (Hrsg.): Die Zukunft des Sports: Materialien zum Kongress: „Menschen im Sport 2000“, Schorndorf 1986, S. 44-68.
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsberechnung, Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2013.
- Werner, W.: Klassifikation und Diagnose des Diabetes mellitus. In: Deutsches Ärzteblatt, 04.12.1998, S. 46-60.

## Anlagen

Anlage 1	Gesprächsleitfaden Verena Oechsner	Seite	XVI
Anlage 2	Gesprächsleitfaden Franziska Förster	Seite	XVII
Anlage 3	Fragebogen Teilnehmer	Seite	XVIII
Anlage 4	Auswertung der Teilnehmerbefragung	Seite	XXI

## Anlage 1 - Gesprächsleitfaden Verena Oechsner

**Expertengespräch am 26.05.2014 mit Verena Oechsner – Leiterin von Diabetessportgruppen und Herzgruppen beim TSV Solln und SV Straßlach**

1. Welche zusätzliche Ausbildung haben Sie um diese Rehasportgruppen leiten zu können?
2. Seit wann gibt es die Diabetessportgruppe bzw. die Rehasportabteilung beim TSV Solln?
3. Wie eng arbeiten Sie mit den Ärzten zusammen? Und gibt es Probleme bei der Zusammenarbeit?
4. Wie viele Teilnehmer sind es pro Sportgruppe?
5. Nehmen die Teilnehmer regelmäßig an den Stunden teil? Und ist eine Verbesserung der Teilnehmer über die Dauer des Programms erkennbar?
6. Wie läuft eine exemplarische Stunde ab? Welche Elemente sind immer vorhanden, welche verändern sich von Woche zu Woche?
7. Gibt es konkrete Ziele der Diabetessportgruppe?
8. Welche Schwierigkeiten treten bei der Durchführung der Diabetessportgruppe auf?
  - Im Allgemeinen?
  - Im Zusammenhang mit der Durchführung innerhalb des Vereins?
9. Welche Vor- bzw. Nachteile bietet der Verein überhaupt als Partner?
10. Sehen Sie Punkte die man im Gesamten Sektor des Gesundheits- und Rehasports verbessern müsste?

---

Anlage 2 - Gesprächsleitfaden Franziska Förster

**Expertengespräch am 05.06.2014 mit Franziska Förster – Geschäftsstellenleitung des TSV Solln**

1. Allgemeine Informationen über den TSV Solln
2. Welche Probleme gab es bei der Einführung der Rehasportabteilung?
3. Wie ist die Kostenabdeckung der Diabetessportgruppen?
4. Welche Probleme gibt es bei der Diabetessportgruppe?
5. Was sind die Vorteile aus Sicht des Vereins durch die Rehasportabteilung?
6. Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Kursleitung/ Ärzten und Verein?
7. Welche Probleme treten in Zusammenhang damit auf, dass eine Vereinsmitgliedschaft für die Kursteilnehmer nicht verpflichtend ist?
8. Gab es aus den anderen Abteilungen Stimmen gegen die Einführung der Rehasportabteilung? Wenn ja mit welcher Begründung?

## Anlage 3 - Fragebogen Diabetessportgruppenteilnehmer

Liebe Teilnehmer,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit führe ich eine Umfrage zum Thema „Gesundheitssport im Verein“ durch und würde mich freuen wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen folgende Fragen zu beantworten.

Die Daten werden anonym ausgewertet.

☐ Weiblich

☐ Männlich

Alter: \_\_\_\_\_

Diabetes Typ: \_\_\_\_\_

Mitglied beim TSV Solln: ☐ ja ☐ nein

1. Wie lange nehmen Sie schon an der Diabetessportgruppe teil?

---

2. Wie sind Sie auf die Diabetessportgruppe aufmerksam geworden?

---

3. Nehmen Sie regelmäßig an der Sportgruppe teil? Wenn nein warum nicht?

---

---

4. Haben Sie vor der Teilnahme an dieser Sportgruppe schon einen anderen Sport betrieben? Welchen und war dieser auch extra für Diabetiker geeignet?

---

---

5. Waren Sie vor der Diabetessportgruppe schon einmal Mitglied in einem Sportverein?  
☐ ja ☐ nein  
☐ ja beim TSV Solln

6. Haben Sie eine ärztliche Verordnung für die Teilnahme an der Diabetessportstunde?  
☐ ja ☐ nein

7. Sind sie bereit einen Eigenanteil für die Teilnahme an der Diabetessportgruppe zu zahlen? Wenn ja, wie viel würden Sie pro Sportstunde zuzuzahlen?  
☐ ja ☐ nein

- 
8. Was gefällt Ihnen besonders gut an der Diabetessportgruppe?

---

---

---

9. Gibt es etwas was man aus Ihrer Sicht ändern sollte?

---

---

---

10. Konnten Sie durch die Teilnahme schon Erfolge erzielen? Wenn ja welche?  
(z.B. Verminderung der Einnahme von Medikamenten, körperlich fitter,...)

---

---

11. Sehen Sie Vorteile, dass die Sportgruppe durch einen Verein organisiert ist?

---

---

---

---

12. Gibt es aus ihrer Sicht auch Nachteile, dass die Sportgruppe über den Verein organisiert ist?

---

---

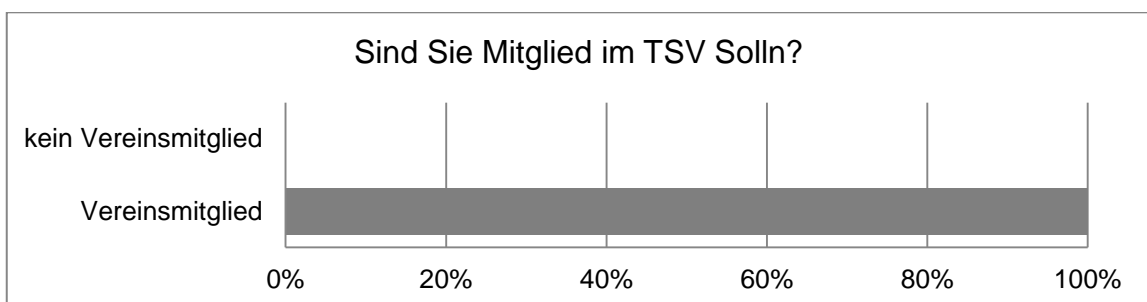
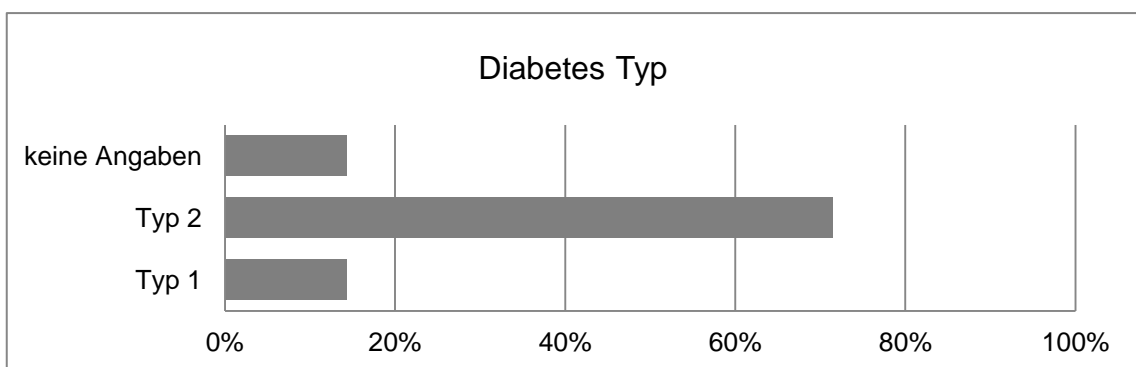
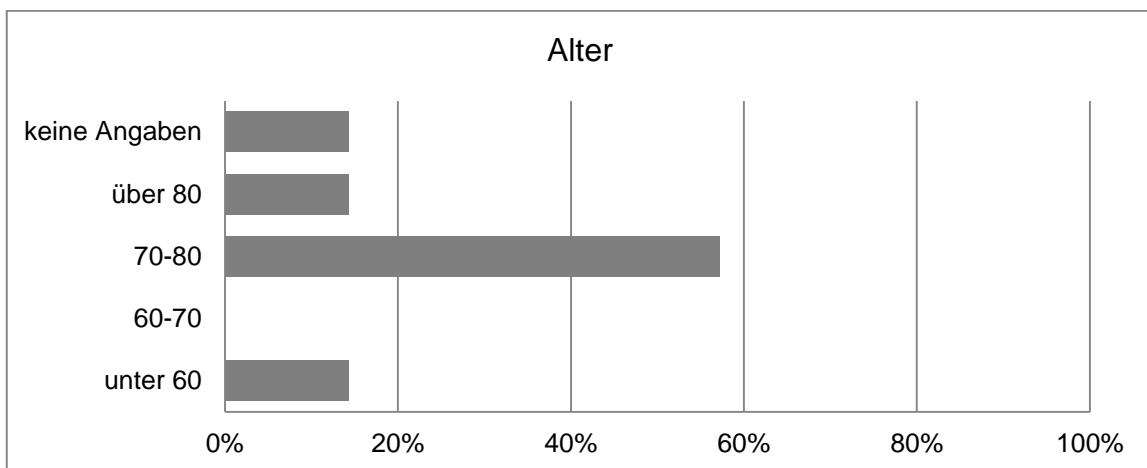
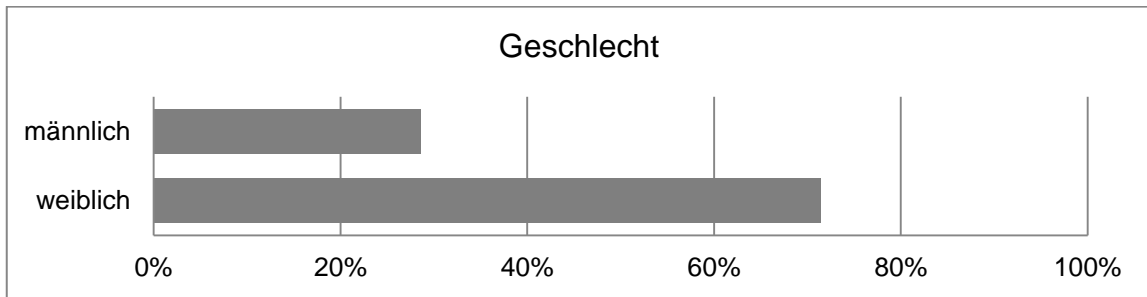
---

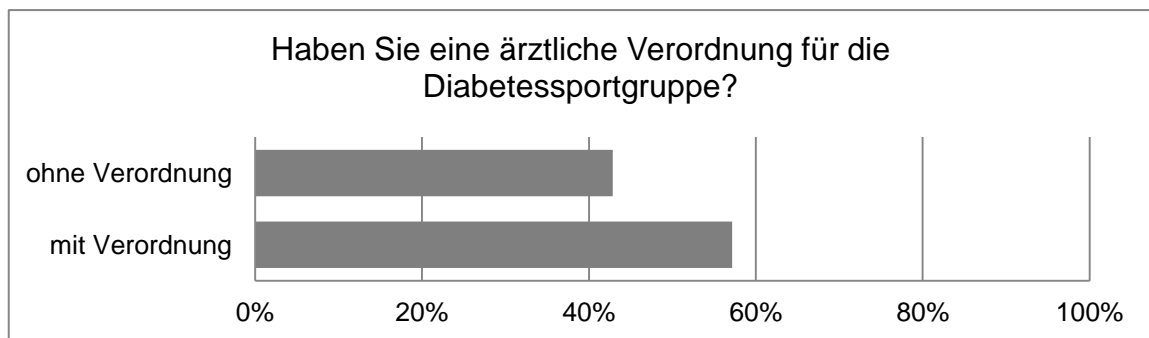
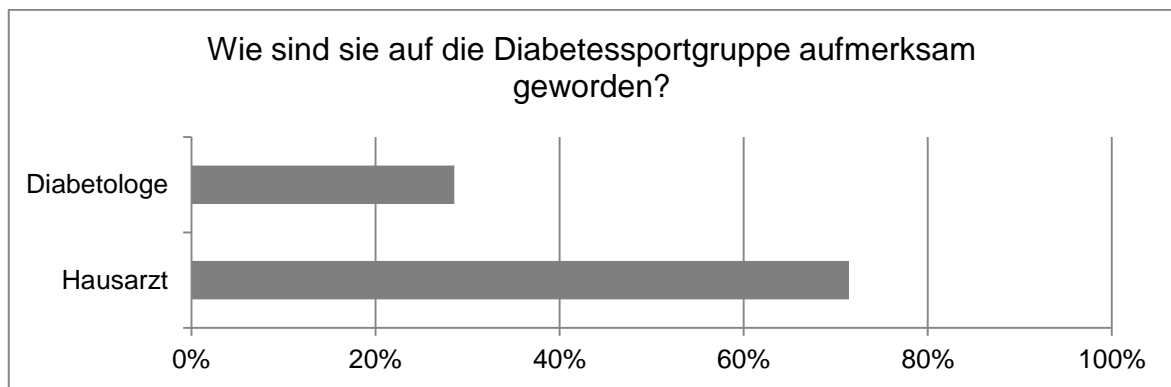
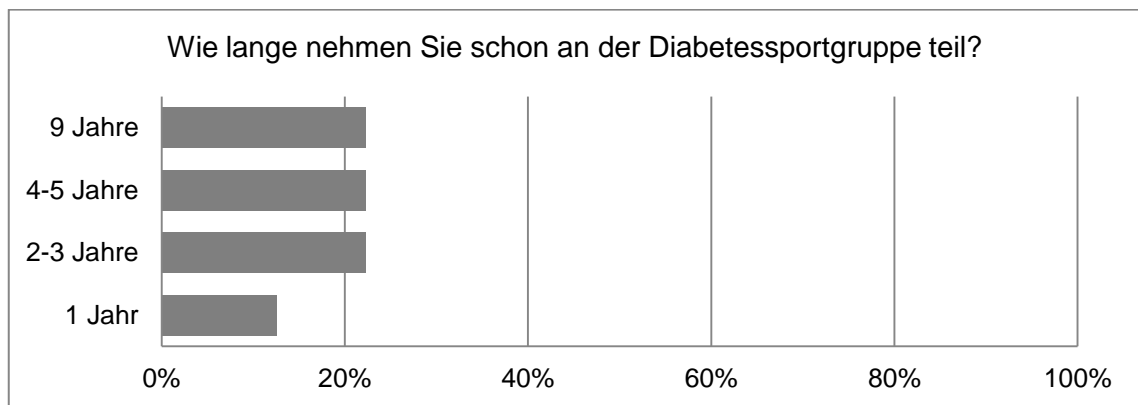
---

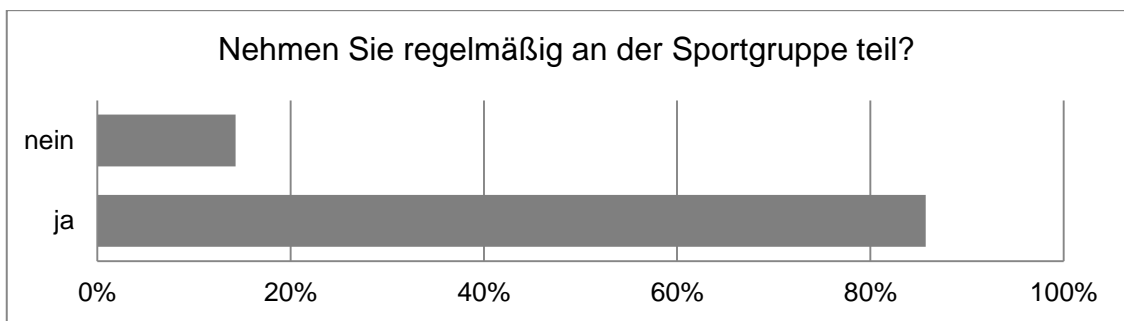
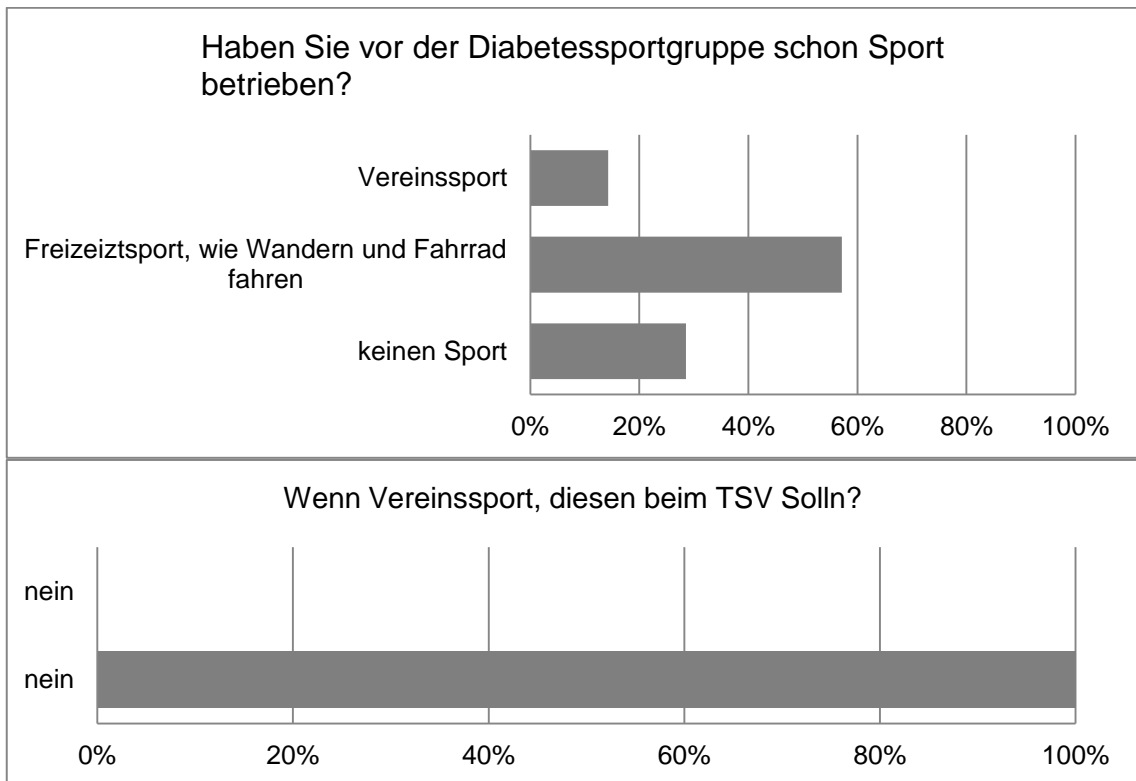
Vielen Dank für die Teilnahme!



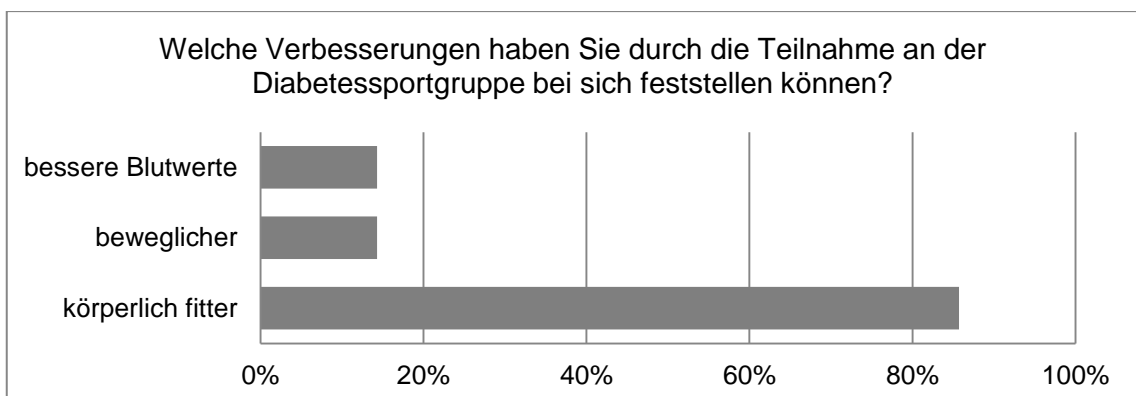
## Anlage 4 – Auswertung der Befragung der Diabetessportgruppenteilnehmer

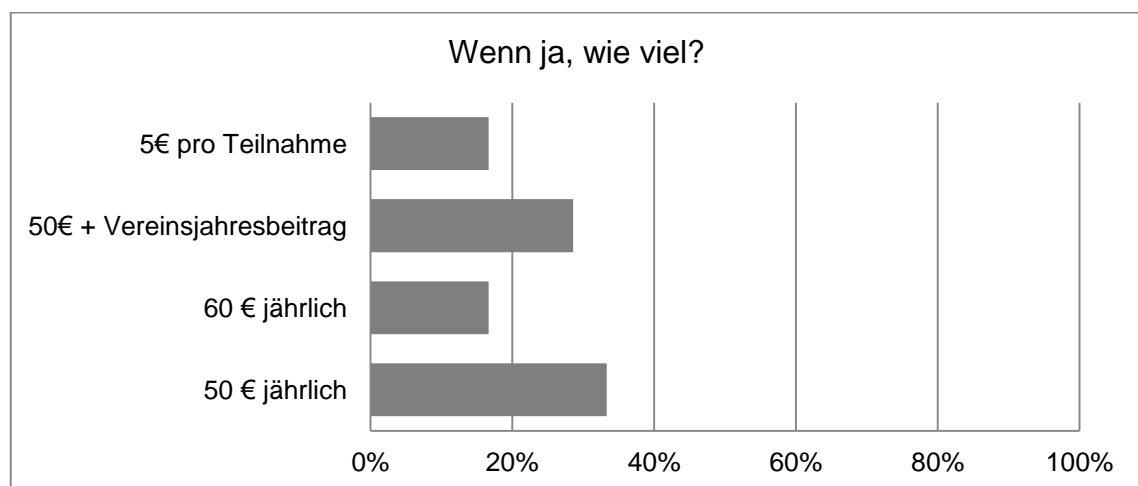
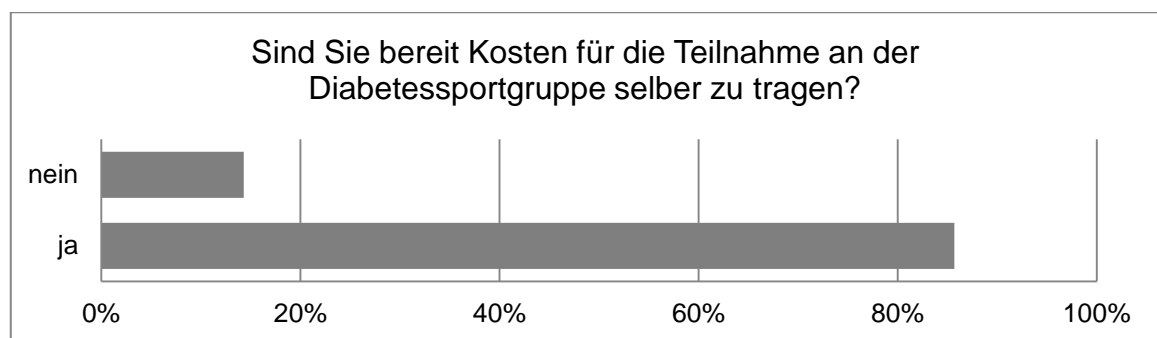
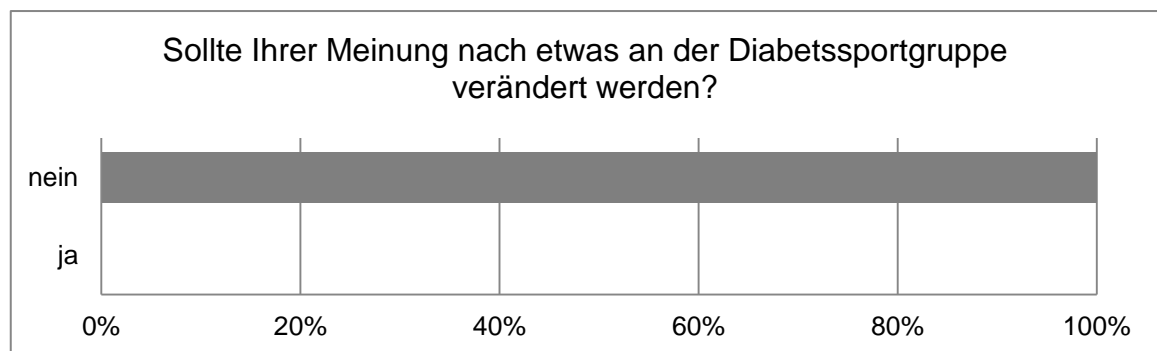
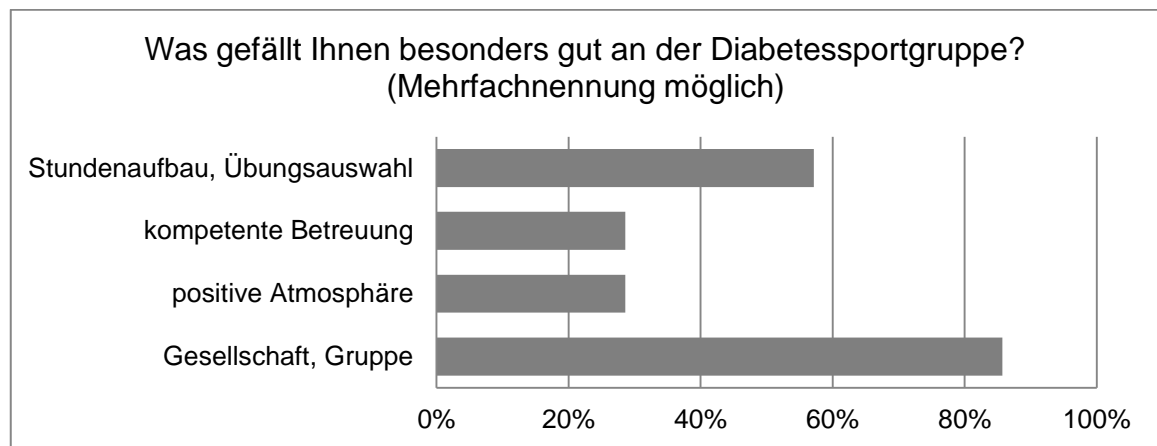


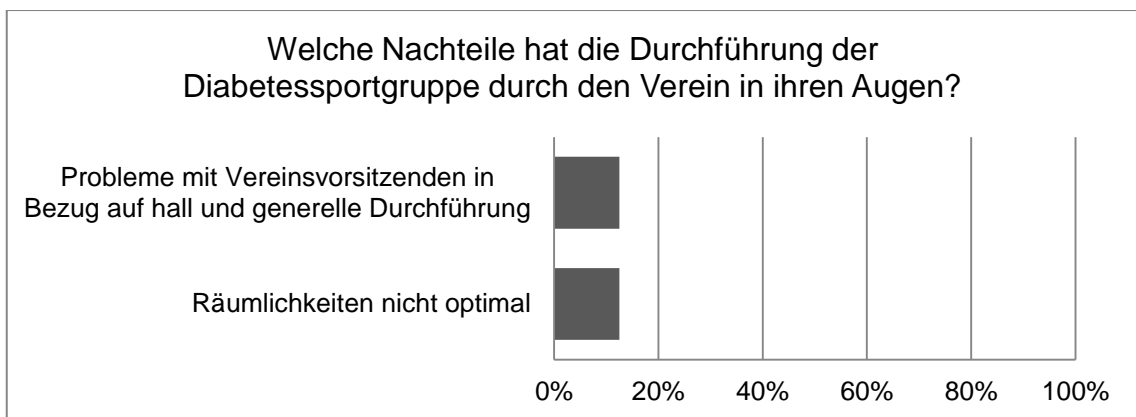
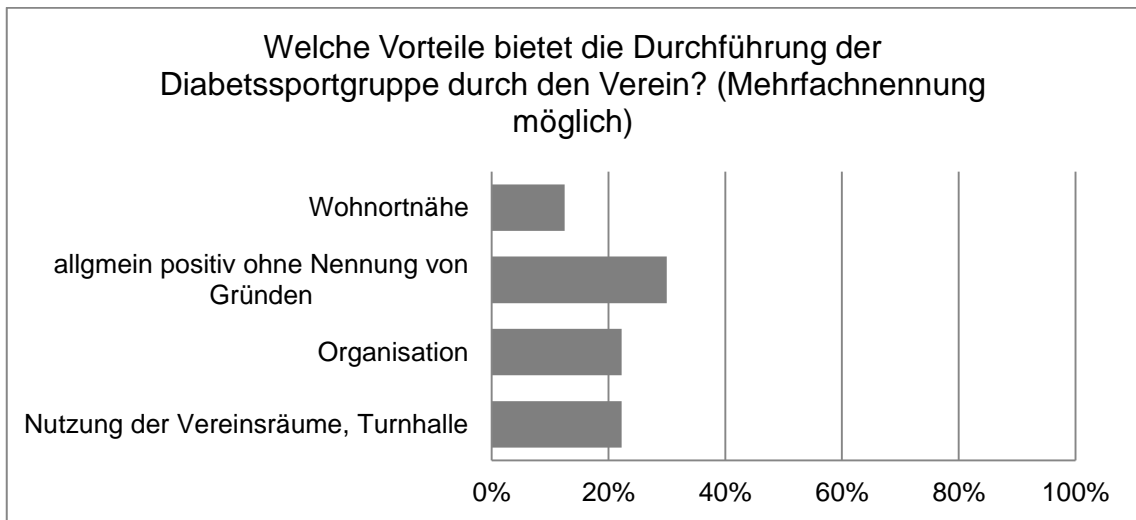




Gründe für unregelmäßige Teilnahme: Körperliche Beschwerden







## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

München, 24.06.2014

Annika Steiner